

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N. 413

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 30 juin 1904, à 1 heure

Par Pierre DELMAS

Contribution à l'étude

DE LA

SYPHILIDE PIGMENTAIRE DU COU

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. TROISIER, DUPRÉ et MÉRY, agrégés.

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.		P. POIRIER
Physiologie		Ch. RICHET
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.		N...
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.		DEJERINE.
Clinique médicale.	}	N....
Maladies des enfants		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.		LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.	}	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.		JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GAUCHER.
Clinique d'accouchements	}	RAYMOND.
Clinique gynécologique		TERRIER.
Clinique chirurgicale infantile		LE DENTU.
Professeurs honoraires : MM. JACCOUD, FOURNIER, FARABEUF et DUPLAY		TILLAUX.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINET
BROCA (Aug.)	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGREY	des trav. anat.)	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je dédie ce travail comme un témoignage de reconnaissance
et de profonde affection.*

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de Pathologie médicale à la Faculté
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

I

INTRODUCTION

La syphilis donne lieu à des troubles pigmentaires très variés, que l'on peut diviser en trois groupes distincts.

Dans le premier groupe nous pouvons placer ces macules brunes, noirâtres, consécutives à la résolution des éléments fortement organisés tels que les plaques papulo-squameuses. Ces macules de terminaison qu'on a désignées sous le nom de syphilide papuleuse nigricante persistent un temps plus ou moins long.

Dans un deuxième groupe, il faut placer ces troubles de pigmentation analogues à ceux qu'on observe dans un certain nombre d'affections telles que la chlorose, la leucémie, le paludisme, la tuberculose, le diabète, l'intoxication arsénicale ou alcoolique, et qui indiquent l'imprégnation de l'économie par un poison microbien, chimique ou dysérasique.

C'est ainsi qu'on a vu se développer sous l'influence du virus syphilitique des mélanodermies affectant la

forme de placards noirâtres (1 cas de Fournier) d'archipels maculeux, (2 cas de Fournier) (1 cas de Gemy) ou revêtant le corps tout entier d'une hyperpigmentation plus ou moins régulière, (cas de Doyon).

Ces deux premiers groupes n'offrent pas un très grand intérêt, bien que les macules de terminaison puissent déjà mettre en éveil un observateur attentif. Les mélanodermies du deuxième groupe n'ont pas de caractère spécifique et sont d'ailleurs si rares qu'on en compte les exemples.

Mais il est une troisième variété de troubles pigmentaires, dont la valeur en matière de vénéréologie est autrement considérable. Nous voulons parler de la syphilide pigmentaire, connue aussi sous les noms de syphilide maculeuse du cou, de vitiligo, de leucopathie, ou mieux de syphilide pigmentaire réticulée et de leucodermie.

Elle se présente avec des caractères cliniques si nets et si frappants par leur aspect aussi curieux que bizarre, qu'elle acquiert une valeur diagnostique considérable. Nous verrons plus loin toute l'importance qu'elle peut avoir au point de vue médico-légal.

C'est cette dernière variété de troubles pigmentaires qui seule nous occupera dans cet ouvrage.

Mais avant d'aborder le sujet de notre thèse inaugurale, nous sommes heureux de pouvoir ici rendre hommage à tous nos maîtres dans les hôpitaux qui, par la noble façon dont ils envisageaient leur tâche, ont su nous faire apprécier et aimer la carrière médicale :

A nos maîtres de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand, MM. les professeurs BOUSQUET, DU CAZAL, LEPETIT, BIDE, PLANCHARD, FOURIAUX, BILLARD, qui ont guidé nos premiers pas avec tant de bienveillance.

A M. le professeur BRISSAUD, dont nous avons été l'élève pendant un an et qui nous a si vivement intéressé dans ses entretiens cliniques sur les affections du système nerveux.

A M. le professeur PINARD qui, dans ses belles leçons, savait si bien nous prodiguer la meilleure part de sa longue expérience obstétricale.

A M. le D^r COMBY, que nous avons suivi avec non moins d'intérêt, auprès de ses petits malades.

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le D^r THIBIERGE à qui nous devons le sujet de cette thèse, de ses conseils et des nombreuses marques de bienveillance qu'il nous a toujours témoignées.

Nous remercions également M. le D^r RAVAUT, d'avoir bien voulu mettre le résultat de ses ponctions lombaires, à notre disposition.

Nous prions M. le professeur HUTINEL, d'agréer l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

II

HISTORIQUE

Quand on se trouve en face d'un sujet présentant une syphilide pigmentaire bien constituée, telle qu'on la rencontre fréquemment dans les divers services hospitaliers, on se demande comment une affection qui, « attire l'œil malgré lui, par une désharmonie choquante » (Maireau) a pu passer si longtemps inaperçue.

On est tout surpris de voir des observateurs aussi sagaces que Hunter et Ricord, rester muets sur ce sujet dans leurs ouvrages.

Monneret le premier (*in Compendium de médecine*) semble y faire allusion, sous le nom de dyschromie syphilitique.

Pillon dans sa thèse raconte que « pendant son séjour à Lourcine en 1852, M. Gosselin employait déjà contre cette affection dont il faisait aussi une étude, la teinture d'Ellébore blanc. »

C'est en 1853, que la question sort définitivement de

ce long oubli, pour passionner l'esprit des dermatologistes.

Hardy décrit en effet à cette époque, sous le nom de syphilide pigmentaire ou maculeuse, des troubles de pigmentation occasionnés par la syphilis. Il donne à cette lésion sa vraie place parmi les affections spécifiques, ainsi que le nom de collier de Vénus, expression aussi heureuse qu'originale et qui méritait à juste titre d'être conservée. Il la considère comme un exanthème tardif uniquement constitué par de l'hyperchromie, et dont la persistance pourrait servir à mesurer l'intensité de la diathèse.

Bazin en 1854, s'appuyant sur l'inefficacité du traitement spécifique, fut le premier et longtemps le seul à combattre les idées de Hardy sur l'origine et la valeur séméiologique de cette affection.

Il ne nie pas l'influence de la syphilis sur sa production, mais comme elle n'est améliorée ni par le mercure, ni par l'iodure de potassium, il la range dans la catégorie des affections qui reconnaissent à la fois pour cause la syphilis et une influence extérieure. Il y voit une juxtaposition d'achromie et d'hyperchromie, mais il ne partage pas les idées de Hardy au point de vue du pronostic.

Pillon, en 1855, paraît en avoir une conception assez exacte et lui attache une réelle importance. « A peu près dans tous les traités spéciaux, dit-il, il est question de taches, de macules ou éphélides syphilitiques; mais aucune des descriptions qu'on en donne ne convient exactement à ce dont il s'agit. »

Il la décrit sous le nom de syphilide maculeuse et la considère comme un accident très fréquent de la période secondaire. Il y voit une série d'éléments, les uns pâles hypopigmentés, les autres anormalement colorés, mais ne semble pas avoir d'opinion très arrêtée sur son origine.

Après avoir affirmé que la roséole affecte rarement le cou, il ajoute dans une observation : « La roséole a pâli notablement, sa teinte a changé; il existe sur le cou une teinte sombre diffuse mais non continue, au milieu de laquelle s'aperçoivent des espaces irréguliers bien plus blancs. »

Ses idées ne furent pas admises sans résistance par tous les auteurs. C'est à cette époque que parut la fameuse lettre de Diday à Pillon dans laquelle il se demande si l'on ne peut expliquer la syphilide pigmentaire par des altérations du sang sous l'influence du virus syphilitique.

Neuman de Vienne, était déjà dès 1855, le promoteur de cette idée de Bazin qui a fait à l'étranger de nombreux adeptes et d'après laquelle la syphilide pigmentaire serait une affection vitiligineuse.

Rollet de Lyon en 1865, dans son *Traité des maladies vénériennes*, lui refuse tout caractère spécifique évident et la rattache lui aussi au vitiligo, ou au pityriasis versicolore.

Tanturri en 1865 la décrit sous le nom de syphilide jaune primitive, caractérisée par des taches couleur d'ocre ou grisâtres, qui se manifestent ordinairement sur le cou sous forme d'un large collier. Il conclut de

ses examens histologiques, que les parties décolorées en apparence, renferment autant de pigment que la peau normale.

Kaposi en 1875, la nie formellement ; il ne l'a jamais observée et ne la croit pas soutenable.

Fox et Taylor en 1877 lui refusent tout caractère spécifique et la considèrent comme une simple mélanodermie cachectique, un chloasma de dénutrition générale sans valeur séméiologique.

Drysdale en fait lui aussi, une affection vitiligineuse de la peau formée de taches alternativement brunes et blanches ; ces dernières possèdent moins de pigment qu'à l'état normal.

Atkinson en 1878 considère les parties foncées comme étant la seule manifestation pathologique, et déclare que les taches blanches ne paraissent plus blanches que les autres parties du corps que par suite du voisinage des zones pigmentées.

O. Simon et Neisser en 1883 lui donnent le nom de leucodermie syphilitique, et la décrivent comme un trouble de la nutrition cutanée dans laquelle il y a deux éléments : résorption d'une part, formation de pigment d'autre part.

Riehl en 1884, la regarde comme consécutive aux efflorescences maculeuses et papuleuses de la syphilis ; mais ses recherches anatomo pathologiques de même que les symptômes cliniques ne lui permettent pas d'admettre qu'il y ait une différence quelconque entre la leucodermie et le vitiligo idiopathique.

Maireau en 1884 dans sa thèse y voit « une dyschro-

mie caractérisée par des îlots arrondis d'hypochromie isolés ou confluents, semés en plus ou moins grand nombre, sur une nappe plus ou moins étendue d'hypochromie. » Il se demande si les îlots blancs sont réellement dépigmentés et si à leur niveau « il se fait un travail de raréfaction pigmentaire, au sujet duquel nous n'aurons à émettre que des probabilités. » Pour lui, c'est une affection primitive qui n'est nullement l'expression posthume d'accidents antérieurs ; elle a une individualité symptomatique qu'elle n'emprunte pas et qui lui est propre.

Lesser en 1884, Haslund, Finger et Erhman en 1887 en font une affection secondaire et accordent toute l'importance aux taches claires. « Ces taches blanches, dit Haslund, qui se voient souvent après les papules, sont des cicatrices toujours légèrement déprimées. Elles sont au début de couleur brune en raison de l'augmentation de pigment produite par la transsudation de la matière colorante du sang dans la papule ; elles ne revêtent la couleur blanche que longtemps après lorsque le pigment a été résorbé. »

Romalo dans sa thèse en 1885, est plus timide ; il la décrit sous le nom de syphilide pigmentaire primitive, mais il admet également que dans quelques rares cas, elle pourrait succéder à un exanthème.

De Fisson, propose dans sa thèse en 1887, le terme de vitiligo syphilitique et distingue nettement deux variétés de syphilide pigmentaire. Il compare, au point de vue des troubles de la pigmentation, la syphilis à la lèpre. « De même que dans la lèpre, il faut

distinguer des troubles de la pigmentation qui surviennent primitivement et les troubles de la pigmentation qui surviennent au niveau ou à la suite des macules ou des éruptions de léprose, de même dans la vérole, il faut distinguer les troubles pigmentaires primitifs et ceux qui surviennent au niveau d'une éruption syphilitique ou à la suite de la disparition de celle-ci. »

Poelchen en 1887 fait succéder les taches claires aux macules de roséole et insiste sur le rôle de la pigmentation normale du cou qui met en relief les îlots décolorés.

Bockhart (1887) en fait une étude histologique et constate une vascularite portant sur les artérioles et les veinules du derme sous-papillaire.

De Maïeff en 1889 la considère comme une affection primitive dont le début est marqué par une pigmentation diffuse de la peau au niveau de la région cervicale.

Frattali, Erhman, Unna et Hjelman l'étudient surtout au point de vue histologique. Ces deux derniers trouvent la quantité de pigment diminuée au niveau des îlots blancs et signalent en ces points des modifications de la peau analogues à celles que l'on observe dans les cicatrices superficielles.

Saintin, 1894, en fait dans sa thèse une affection primitive et prétend au contraire en se basant sur l'examen de deux lambeaux de peau, que les taches blanches sont en réalité plus pigmentées qu'à l'état normal.

Semen, 1895, soutient la même théorie et conclut que la tache brune est la seule lésion pathologique.

Lewin in *Annales de Dermatologie* de 1896 dit que la leucodermie peut survenir dans les points sur lesquels il y avait auparavant des syphilides de la peau. Mais jusqu'à présent on n'a pas constaté qu'il y eût un rapport quelconque entre la leucodermie et une efflorescence syphilitique antérieure. Il considère la tache blanche comme étant la vraie lésion, mais il ne lui attribue pas de valeur certaine au point de vue diagnostique, parce qu'elle peut n'être précédée d'aucune autre lésion.

M. Balzer, dans une discussion à la Société de Dermatologie en décembre 1899, soutient que les zones blanches sont consécutives à la régression des éléments papuleux ou roséoliques. Ce processus va parfois jusqu'à la rupture des fibres élastiques et leur donne un aspect vergeturoïde ; l'hyperpigmentation périphérique résulterait d'une sorte de rejet du pigment à la périphérie.

Pour M. Fournier la syphilide pigmentaire vraie est primitive et se développe sans jamais s'accompagner d'aucune tache congestive ni d'aucune papule. Le réseau pigmenté constitue toute la lésion et les îlots blancs ne paraissent plus clairs que la peau normale qu'en vertu de la loi du contraste des couleurs. C'est une affection primitive, une affection pigmentaire d'emblée qui naît pigmentaire comme elle doit le rester plus tard.

Barthélemy, Brocq et Audry sont du même avis. Danlos reconnaît deux variétés de syphilide pigmentaire : l'une classique primitive, dyschromique, pure, très fréquente, l'autre plus rare se distinguant de la première par son apparence atrophique et l'éruption qui la précède.

Hallopeau, 1900, reconnaît que la syphilide pigmentaire a pour origine la roséole ou de petites papules passant le plus souvent inaperçues. Il signale à l'appui de son assertion la présence de zones achromiques qu'il a souvent observées autour des papules et des macules colorées. De plus, il n'y a pas seulement achromie isolée, mais encore une hyperpigmentation périphérique.

Petresco dans sa thèse de 1901 avance timidement qu'elle est le vestige d'une éruption avortée et partant secondaire au même titre que les pigmentations consécutives à une éruption constituée. Mais il ajoute aussitôt que si histologiquement et pathogéniquement on ne peut admettre une syphilide pigmentaire primitive, ce type garde néanmoins toute sa valeur clinique.

Barcat dans une thèse intéressante de 1901 en fait une affection secondaire ; il considère les ilots clairs comme consécutifs à des éruptions antérieures qui laissent souvent à leur centre une macule noirâtre, laquelle disparaît à son tour.

Klein admet aussi dans sa thèse de 1903 que les éléments papuleux peuvent laisser à leur suite des taches blanches, mais il exclut la roséole qui, dit-il,

disparaît ordinairement par résorption simple sans altération de l'épiderme ni du derme.

Hulleu, dans une communication intéressante parue dans les *Annales de Dermatologie* (octobre 1903) publie un certain nombre de cas où il a assisté jour par jour à l'installation de la syphilide pigmentaire. Il en conclut que le plus souvent sinon toujours, elle se produit en des régions auparavant atteintes de syphilides secondaires rouges ou de roséole. D'après lui la roséole du cou est bien plus fréquente que ne l'indiquent en général les auteurs ; mais elle est si fugace parfois, qu'elle reste inaperçue pour des yeux non prévenus.

Ainsi donc, depuis 1853, date d'apparition de la syphilide pigmentaire, la plupart des dermatologistes se sont occupés de la question dans leurs ouvrages, publications ou communications.

Les avis étaient tout d'abord très partagés ; tandis que Hardy en faisait une manifestation nettement spécifique, Bazin et Rollet de Lyon n'y voyaient qu'une simple coïncidence de la vérole, opinion également soutenue par Kaposi, Fox et Taylor.

Les idées ne tardent pas à évoluer ; à mesure que la question est plus étudiée et partant mieux connue, les auteurs tombent rapidement d'accord sur sa véritable nature. Il y a plus qu'une simple coïncidence, il s'agit d'une véritable manifestation spécifique que M. Fournier appelle si justement : « la signature de la vérole sur le cou du malade. »

Mais l'accord est loin d'être encore parfait ; de nou-

velles et interminables discussions surgissent au sujet des causes occasionnelles, de la morphologie et du mode d'apparition de la lésion.

Un certain nombre de questions fort importantes restaient en effet à résoudre: Et d'abord le réseau pigmenté entoure-t-il des îlots de peau normalement colorée, ou bien ces îlots présentent-ils une réelle achromie ?

La première de ces opinions eut cours surtout en France, où actuellement encore elle prédomine, tandis qu'en Allemagne la deuxième devenait prépondérante depuis les travaux de Neuman.

Autre question : les îlots clairs représentent-ils toute la lésion, opinion soutenue par les partisans de la leucodermie, ou bien faut-il admettre avec Finger et Hallopeau qu'il existe autour des îlots décolorés un réseau hyperpigmenté. En un mot y a-t-il achromie isolée, hyperchromie isolée ou juxtaposition des deux phénomènes, dyschromie double ?

Nouvelle question non moins controversée : la syphilitide pigmentaire débute t-elle par une coloration brune au milieu de laquelle se forment ensuite des lacunes blanches, (de Maïeff, Saintin, Doyon, Unna) ou bien la disposition en réseau est-elle primitive ? (Fournier).

Enfin, dernière difficulté à résoudre, le collier de Vénus apparaît-il d'emblée, ou bien est-il précédé d'un exanthème ?

L'accord n'est pas encore fait sur cette dernière ques-

tion et les auteurs se divisent en deux camps opposés. En Allemagne on considère le collier de Vénus comme étant le vestige d'une hyperhémie passagère ayant constitué le fond d'une efflorescence maculeuse ou papuleuse antérieure, dont les éléments laissent subsister la vraie lésion, c'est-à-dire les taches blanches.

Tel est l'avis de Neisser, Riehl, Lesser, Haslund et aussi de Finger, bien que ce dernier admette quelques exceptions à cette règle.

En France l'opinion inverse soutenue par MM. Fournier, Barthélemy, Brocq et Audry, a longtemps prévalu. Ces auteurs considèrent la syphilide pigmentaire vraie, comme une affection primitive, survenant spontanément sans avoir jamais été précédée par un exanthème quelconque.

Nous devons ajouter qu'à l'heure actuelle la théorie française semble perdre du terrain. M. Hallopeau dans un article de 1900, M. Balzer et son élève Barcat dans sa thèse, M. Thibierge et son élève Hulleu dans une communication à la Société de Dermatologie, l'abandonnent manifestement.

Quelques auteurs, en particulier Danlos, de Fisson et Taylor en Amérique gardent un juste milieu et admettent deux variétés de syphilide pigmentaire : l'une classique, primitive, très fréquente, l'autre plus rare se distinguant de la première par son apparence atrophique et l'éruption antérieure.

Telles sont les diverses théories, et nous voyons

qu'elles sont loin d'être rares, émises sur la syphilide pigmentaire du cou. Si nous en entreprenons l'étude, ce n'est pas avec la prétention de trancher toutes les questions pendantes. Mais il nous a semblé qu'au moyen d'une revue générale des principales idées, une comparaison des opinions émises et des faits acquis avec nos observations personnelles nous permettrait d'en confirmer une avec tout ce qu'elle a de bien fondé.

III

DESCRIPTION CLINIQUE, ÉVOLUTION

La syphilide pigmentaire est une des plus curieuses manifestations de la vérole ; on l'a successivement comparée à un collier, une cravate, une dentelle entourant la région cervicale qui est son siège de prédilection par excellence.

D'après le professeur Fournier, on l'y rencontrerait 29 fois sur 30. Le plus souvent elle y reste cantonnée et se trouve limitée par deux lignes horizontales : la première parallèle et sous-jacente au bord inférieur du maxillaire inférieur, la deuxième partant de l'extrémité interne de la clavicule pour aboutir à l'apophyse épineuse de la septième cervicale.

Mais il n'est pas rare de la voir descendre et se propager du cou vers la partie supérieure du thorax, ainsi que nous l'avons indiqué dans un certain nombre d'observations. Dans ces cas elle s'atténue progressivement et vient se terminer insensiblement, en arrière dans l'espace interscapulaire, en avant au voisinage de la première pièce sternale.

Exceptionnellement on la voit envahir d'autres régions, telles que l'aisselle, les flanes, l'abdomen, la région lombo-dorsale.

Son aspect varie suivant les malades : habituellement elle est symétrique et circulaire c'est-à-dire qu'elle entoure le cou, comme le ferait un collier, d'où le nom de collier de Vénus (Hardy). Mais elle peut être plus ou moins fortement accusée sur tel ou tel point de son trajet. C'est ainsi qu'elle est généralement plus foncée sur les parties latérales du cou que sur les régions antérieure et postérieure.

D'autres fois, elle n'est que partielle, incomplète, en fer à cheval dont les deux extrémités sont dirigées le plus souvent en avant, mais parfois aussi en arrière.

Dans certains cas, elle est plus réduite encore et limitée uniquement aux faces latérales.

Quand on examine un sujet atteint de syphilide pigmentaire, on remarque sur le cou dont l'aspect général est celui d'un cou malpropre, une série de traînées, de marbrures pigmentées, grisâtres, disposées sans ordre régulier les unes au voisinage des autres. Elles ont une largeur variable, présentent une direction oblique ou transversale, s'enchevêtrent, s'entrecroisent, décrivent des festons plus ou moins réguliers pour dessiner un réseau très original.

La couleur de ce réseau est très différente suivant les sujets. Elle est généralement grise, d'un gris plus ou moins foncé, maculeux, bistre, cendré ; plus rarement elle affecte une teinte brunâtre, ocreuse, par association à la nuance grise, d'un certain reflet jaune sale.

Dans certains cas, elle est très atténuée et n'est appréciable qu'à un examen attentif ; mais en règle générale, elle est plus foncée chez les brunes que chez les blondes.

Cette pigmentation ne s'étale pas sur la peau en nappe uniforme ; elle respecte un certain nombre d'îlots clairs irrégulièrement disséminés, le plus souvent arrondis ou ovalaires d'étendue comparable à celle d'une pièce de 20 centimes ou d'une amande d'abricot.

Dans certains cas, rares il est vrai, leur étendue est plus considérable encore, et leurs bords irréguliers polycycliques, semblent indiquer qu'ils résultent de la fusion de plusieurs îlots.

Leur aspect a été diversement apprécié par les auteurs : les uns veulent qu'ils soient constitués par de la peau normale, les autres y voient des lunules plus pâles, plus décolorées, d'autres enfin, les considèrent, bien que plus pâles que les taches ocreuses, comme étant plus pigmentés que les téguments voisins.

D'après M. Fournier, ces îlots blancs apparaissent plus blancs qu'ils ne le sont en réalité, par le fait de leur enclavement dans des tissus de coloration foncée.

Les partisans de la leucodermie (Neisser Haslund, Finger) considèrent au contraire ces taches comme décolorées, hypopigmentées, plus blanches que la peau normale et se détachant sur un fond anormalement coloré.

C'est une question fort importante en effet, puisque sa solution a décidé en partie les auteurs sur la nature véritable de la syphilide pigmentaire. Nous y reviendrons du reste dans un chapitre spécial.

Quelle que soit leur quantité de pigment, ces ilots sont très capricieusement semés à la surface du cou et c'est de leur nombre, de leur disposition que dépend l'aspect général du collier. Lorsqu'ils sont rares, le collier se présente sous la forme d'une nappe massive interrompue de loin en loin par quelques zones blanches. Cette forme semble correspondre à ces troubles de la pigmentation que M. Fournier décrit sous le nom de syphilide pigmentaire à lunules. C'est la pigmentation qui domine dans ces cas.

Si au contraire, les ilots clairs sont nombreux, les zones pigmentées se rétrécissent, deviennent plus fines, plus élégantes. Selon leur répartition, ces éléments alternativement bruns et clairs, arrivent par leur juxtaposition, tantôt à se partager d'une façon à peu près égale la région cervicale, tantôt l'un d'eux cède le pas à l'autre.

C'est aussi l'opinion de Maireau : « C'est en effet, le nombre, la grandeur, la distribution des ilots hypochromes qui imposent à l'hyperchromie ses capricieux dessins. »

Tel est, rapidement esquissé, l'aspect sous lequel se présente la syphilide pigmentaire, celle qu'on rencontre tous les jours, toute idée préconçue sur sa nature et son origine étant mise de côté pour le moment.

Le début de cette lésion passe très souvent inaperçu et à moins qu'il ne s'agisse de personnes très soucieuses de leur corps, le stigmatisme du collier ne leur est parfois révélé que par le médecin qu'elles viennent consulter pour d'autres accidents.

Cependant, tous les auteurs sont d'accord pour lui

assigner comme date d'apparition, la période secondaire de l'infection spécifique.

D'après M. Fournier, c'est une manifestation que la syphilis ne détermine guère, réserve faite pour quelques exceptions, que dans sa période secondaire, et le plus souvent au cours de la première ou de la deuxième année, rarement au delà.

Pour Hardy « elle se montre tout à fait à la fin des phénomènes secondaires ; c'est donc un phénomène tardif et que nous considérons comme intermédiaire aux accidents secondaires et aux accidents tertiaires. »

Pour Pillon, l'époque de son apparition dans la série syphilitique peut être fixée au déclin de la roséole ou plus tard.

D'après Fiweisky, elle débute dans 40 pour 100 des cas au troisième mois de l'infection, dans 20 pour 100 des cas du quatrième au cinquième mois, et dans 20 pour 100 des cas après le sixième mois.

M. Leloir de Lille, l'a observée parfois en même temps que la roséole, mais le plus souvent du deuxième au sixième mois.

Pour MM. Barthélemy et Durhing, elle évolue du sixième au trentième mois.

C'est en effet, pendant la première année de l'infection spécifique, que débute le plus souvent la syphilide pigmentaire : nous verrons pourquoi dans un chapitre ultérieur.

Quant à son mode de début, les dermatologistes ne s'entendent pas davantage. Se constitue-t-elle d'emblée, telle que nous l'observons, la nappe dentelée hyperpig-

mentée entourant de prime abord les ilots clairs ou bien se développe t-elle lentement ?

D'après Saintin, elle s'annonce par une teinte bistre assez uniforme ; puis sur cette nappe foncée il aurait vu naître de petites taches plus pâles se décolorant de plus en plus avec leur âge.

Les auteurs qui en font une affection primitive, la font naître spontanément et originairement sous la forme qui lui est propre, qu'elle doit conserver plus tard et indéfiniment.

C'est ainsi que dans une observation de M. Barthélemy, la syphilide pigmentaire aurait apparu brusquement, atteignant du premier coup tous ses caractères cliniques « pigmentation aréolaire brunâtre, à reflets bistres jaunâtres, à mailles hyperpigmentées, circonscrivant un certain nombre de plaques de peau saine. »

Les auteurs qui en font une lésion secondaire la font évoluer, au contraire, lentement, progressivement. A mesure que l'éruption antérieure pâlit et se décolore, les régions voisines se pigmentent comme s'il s'agissait d'une expulsion du pigment du centre des éléments vers la périphérie.

Pour notre part, nous avons suivi pas à pas un nombre assez considérable de malades pendant plus de six mois, et nous n'avons jamais observé un début brusque, mais au contraire insidieux, lent et progressif. Le jaune paraît être la couleur par laquelle débute le collier (syphilide jaune de Tanturri). Puis à mesure que la lésion évolue, le teint jaune se fonce, devient plus

apparent, café au lait et atteint son maximum d'intensité au bout de quelques semaines.

Quant au temps nécessaire à son complet développement, M. Fournier déclare qu'elle est constituée et parvenue à son état adulte, définitif en l'espace de deux à trois semaines. Telle est aussi l'opinion de Neisser, basée sur le chiffre respectable de cent dix observations.

Le collier de Vénus a été longtemps considéré comme une affection exclusivement féminine. C'est là une erreur, car de Maëff à l'hôpital militaire de Saint-Petersbourg l'a rencontré 18 fois sur 448 hommes infectés.

Pillon, dans l'espace d'un an, l'a observé 30 fois dont 4 fois chez l'homme et Neisser 4 fois sur 100 cas d'infection.

Il n'en reste pas moins beaucoup plus fréquent chez la femme. Tantarri l'a observé 18 fois sur 72 syphilitiques, Neisser 45 fois sur 100 femmes. A Nancy, hôpital Bon Secours, sur 240 syphilitiques on note 30 syphilides pigmentaires; à Leipzig, 16 cas sur 116 sujets. Saintin donne une moyenne de 8 cas sur 22 femmes spécifiques.

Pourquoi cette prédilection pour la femme? Autant d'auteurs, autant de réponses différentes. Pour bon nombre, on l'observerait surtout chez les personnes à peau fine et délicate, plus rarement chez l'homme pour le même motif, sauf chez certains sujets lymphatiques dont la peau présente tous les attributs féminins.

Faut-il attribuer cette préférence marquée pour le

sexe faible, à une prédisposition constitutionnelle que la syphilis exalterait au même titre que la grossesse? Petresco pense que l'état des organes génitaux pourrait bien ne pas y être étranger, car en dehors de la syphilis les femmes sont très souvent atteintes de métrite.

D'après Maireau, elle survient en effet rarement après 30 ans; c'est surtout entre 16 et 25 ans que se produit le plus grand nombre de contaminations. Neisser a pourtant observé une femme de 58 ans qui contracta la syphilis et chez laquelle se développa une belle syphilide pigmentaire.

Heussinger, en 1822, prétendait que la quantité de pigment dans l'épiderme, était en général proportionnelle à la fonctionnalité des organes génitaux. D'après cela on comprend aisément qu'une surproduction de pigment est bien plus naturelle chez une personne jeune en pleine activité de la vie génitale, ainsi que le montrent le chloasma utérin, la pigmentation des aréoles du mamelon, et de la ligne blanche chez les femmes enceintes.

Faut-il incriminer la délicatesse particulière du système nerveux de la femme qui, d'après M. Fournier est incontestablement bien plus sujette que l'homme aux désordres nerveux de la syphilis en général et de la syphilis secondaire en particulier. Autant d'hypothèses qu'il est impossible de résoudre.

Une fois constituée, que devient la syphilide pigmentaire? Elle reste ce qu'elle est, dit M. Fournier, sans modification aucune, sans addition de symptômes nou-

veaux, sans desquamation, sans douleur, et aussi sans tendance à s'accroître, à s'étaler, à envahir des territoires nouveaux. De plus elle est singulièrement durable ; contrairement à la plupart des autres syphilides elle persiste très longtemps, de sorte qu'il y a une difficulté presque insurmontable à en fixer la durée. Les malades une fois guéris des autres accidents de leur diathèse quittent l'hôpital avant d'être débarrassés de leur collier.

Toujours d'après le même auteur, sa durée excède au bas mot un an et demi à deux ans, voire même trois ans et nous-même avons vu une femme présentant une superbe syphilide pigmentaire qui datait de 4 ans.

La durée de cette affection doit certainement dépendre de son intensité et peut-être aussi du degré de virulence de sa cause première, la syphilis. Il est certain que si le collier est à peine perceptible, très atténué, sa durée sera plus courte ; plus longue au contraire, lorsqu'il revêt un aspect brun noirâtre, nigrifiant. Cela est logique, car dans ce dernier cas, la quantité anormale de pigment est bien plus considérable, et par conséquent sa résorption sera plus longue.

Les auteurs ne sont pas davantage fixés sur son mode de disparition. Pour les uns, elle se ferait par une dépigmentation lente, s'étendant à toute la zone hyperchromiée ; pour d'autres ce serait par extension graduelle des taches blanches envahissant progressivement les mailles de coloration foncée. Puisqu'il y a surabondance de matière colorante, ce retour à l'état

normal, ne peut en effet s'effectuer que par une résorption, ou une transformation de ce pigment.

Il n'est pas moins intéressant de se demander avec les auteurs, pourquoi cette curieuse manifestation s'observe presque exclusivement, ou du moins beaucoup plus souvent sur le cou que dans n'importe quelle autre région du corps.

D'après Saintin, « il semblerait au premier abord, que l'exposition à l'air fût une condition indispensable pour la production de la pigmentation, puisque chez certaines femmes, elle affecte une forme spéciale, n'atteignant que les parties du cou exposées au hâle. »

Finger insiste sur le rapport qui existe entre l'irritation de la peau et le développement des exanthèmes syphilitiques. C'est une cause plausible, et le frottement du col sous l'influence des mouvements de la tête, qui est une région mobile par excellence, pourrait bien n'y être pas étranger.

Neisser, l'a observée surtout chez des hommes que leur métier exposait à la chaleur d'un foyer, tels que les forgerons, les boulangers, etc. Cette opinion paraît justifiée par l'apparition de l'érythème pigmenté, réticulé signalé par MM. Balzer et Griffon chez les personnes qui se servent de chaufferettes.

Barcat pense que l'hyperpigmentation du cou, liée au frottement perpétuel des vêtements sur la peau, et si fréquente qu'on pourrait presque la considérer comme normale, en est la raison. Et cela est d'autant plus vraisemblable, dit-il, que les autres localisations de la syphilide pigmentaire sont précisément les régions du

corps qui sont ordinairement pigmentées (aisselle, face interne des cuisses). Il pense qu'une pigmentation préalable et d'une autre origine, est nécessaire pour que la leucodermie soit apparente.

Autant d'hypothèses que l'on ne peut vérifier ; la vraie cause de cette localisation spéciale nous échappe. Toutefois nous ferons remarquer que les régions au niveau desquelles on l'observe le plus fréquemment, le cou, les aisselles, sont particulièrement prédisposées aux pigmentations de toute nature, syphilitique cachectique, bacillaire, phtiriasique.

IV

SUR L'INSTALLATION DE LA SYPHILIDE PIGMENTAIRE DU COU

Ainsi que nous l'avons déjà vu, deux théories principales se partagent la faveur des Dermatologistes.

Jusqu'à ces dernières années, les auteurs français semblaient avoir adopté à l'unanimité, une même conception de la syphilide pigmentaire, dont ils faisaient une affection primitive. Voici ce qu'en dit M. Fournier, dans son *Traité de la syphilis*.

« Ce qu'il importe de bien spécifier tout d'abord, c'est qu'elle se développe originairement sous la forme qui lui est propre, c'est qu'elle naît avec la modalité dermatologique qu'elle doit conserver plus tard et indéfiniment. En d'autres termes, elle ne consiste pas, comme certains auteurs l'ont prétendu bien à tort, en une affection pigmentaire consécutive, qui succéderait à une éruption d'autre nature à la façon, par exemple, de ces maculatures noirâtres qui succèdent et survivent à certaines papules syphilitiques. Non : c'est une affection pigmentaire primitive, une affection pigmentaire

d'emblée, qui naît pigmentaire comme elle doit le rester plus tard. »

Une théorie rivale ne tarda pas à naître à l'Etranger, car dès 1883 Neisser la faisait déjà succéder sur place à des syphilides maculeuses et papuleuses, la considérant ainsi comme une lésion de transformation. « Au moment où la tache de roséole ou la papule est remplacée par une macule brune, il se développe autour une aire blanche qui gagnant à la fois vers le centre et la périphérie fait disparaître la macule et s'étend d'une façon centrifuge. »

Pillon en 1887, semble l'avoir entrevue, sans être arrivé à s'en faire une conception très nette. « Après que la roséole a parcouru ses phases, dit-il, après qu'elle a pu exister au cou comme ailleurs, que les syphilides quelles qu'elles soient ont pu disparaître, il reste sur la peau de la région cervicale quelque chose et ce quelque chose peut recevoir le nom de syphilide maculeuse. » Plus loin il ajoute : « La roséole a pâli notablement, sa teinte a changé; il existe sur le cou une teinte sombre diffuse mais non continue au milieu de laquelle s'aperçoivent des espaces irréguliers bien plus blancs. »

Cette nouvelle théorie a fait depuis, de nombreux adeptes tels que Riehl, Lesser, Haslund, Finger, Poelchen et même en France, elle compte à l'heure actuelle un certain nombre de partisans. Van Buren et Kyes soutiennent aussi qu'elle est quelquefois et peut être toujours consécutive à la roséole.

Fox y voit des reliquats, des vestiges d'accidents

spécifiques. « Je désire fixer l'attention sur le fait que, dans ce cas, l'éruption syphilitique avait été notée comme exceptionnellement abondante sur le cou; que les taches de vitiligo qui succédèrent aux manifestations cutanées antécédentes, roséole et papules, non seulement se manifestèrent sur la région cervicale, mais affectèrent la même disposition que celles-ci. »

En France un certain nombre de discussions se sont produites à la Société de dermatologie au cours de l'année 1899 et en particulier en décembre, à propos d'un malade de M. Herscher, qui présentait des taches blanches réalisant au cou, grâce à une pigmentation concomitante, l'aspect de la syphilide pigmentaire.

En janvier 1900, M. Herscher présentait un autre malade qui offrait une syphilide pigmentaire dont les îlots décolorés avaient à leur centre des vestiges très nets de l'élément éruptif.

D'après M. Balzer, ces taches claires étaient consécutives à la régression des éléments papuleux ou roséoliques. L'hyperpigmentation juxtaposée, résulterait d'une sorte de rejet du pigment à la périphérie. D'ailleurs, ajoutait-il, nous ne devons pas nous étonner de voir des taches claires se former en des points où tout élément éruptif a passé inaperçu; les éléments reconnaissables cliniquement ne nous donnent, en effet, qu'imparfaitement la mesure de ce qu'est en réalité la poussée éruptive, restée certainement invisible, en beaucoup d'autres points.

Une deuxième discussion eut lieu en mai 1900, à propos d'un malade de M. Danlos, présentant une

pigmentation diffuse, généralisée attribuable à une phtiriasé ancienne et peut-être à la syphilis. Sur cette pigmentation se détachaient des îlots arrondis, présentant à leur centre une tache noir foncé, que M. Danlos attribuait à la régression de papules ayant probablement existé.

M. Hallopeau conclut dans le même sens. D'après lui, la syphilide pigmentaire a pour origine la roséole ou de petites papules ; elle est consécutive à des manifestations qui passent le plus souvent inaperçues. Il a du reste, souvent observé la présence de zones achromiques autour des papules syphilitiques, et même des macules colorées au centre des aires non pigmentées dans la syphilide pigmentaire la plus typique. Il attache à cette macule centrale une importance considérable au point de vue de la conception des syphilides pigmentaires étudiées d'une manière générale et plus particulièrement dans leurs manifestations cervicales.

Telest aussi l'avis de Barcat dans sa thèse de 1901 et celui de Hulleu dans sa communication à la Société de Dermatologie de 1903.

MM. Gaucher et Milian, dans les *Annales de Dermatologie*, citent le cas d'un homme de 35 ans, syphilitique depuis six mois, atteint de syphilide pigmentaire consécutive à une roséole circonécée dont ils ont suivi l'évolution. Chez ce malade, la pigmentation apparut au niveau des cercles érythémateux dont le centre restait normal ou même devenait légèrement achromique.

Un deuxième malade âgé de 39 ans, présentait des îlots leucodermiques consécutifs à des papules, mais sans mélanodermie périphérique ; l'un de ces îlots est couvert de poils dont la décoloration est complète.

En mars 1903, ils publient l'observation d'une femme de 16 ans, enceinte de 4 mois, et présentant sur plusieurs régions du corps, surtout au niveau de l'abdomen, une pigmentation diffuse jaune brunâtre, sur laquelle se détachent une multitude de taches blanches arrondies.

Il existait dans la zone périgénitale, de nombreuses papules de teinte jambonnée, presque toutes entourées d'un anneau de dépigmentation. « Il est évident, à la disposition respective de ces éléments, que c'est la présence des papules qui commande la dépigmentation. » « Ces faits, concluent-ils, sont intéressants à rapporter comme contribution à l'étude pathogénique des leucodermies, car ils montrent que s'il y a des leucodermies dues à des causes générales, il y en a certainement aussi qui sont dues à des causes locales. »

Petresco, élève de M. Fournier, avance timidement que la syphilide pigmentaire est le vestige d'une éruption avortée, et Klein en 1903 tout en excluant la roséole, admet qu'il se forme [autour des papules un cercle blanc qui les cerne et finit par se substituer à elles. Ce sont tout autant de concessions qui semblent bien indiquer que l'opinion de MM. Balzer et Hallopeau gagne du terrain.

Depuis le mois d'octobre 1903, époque à laquelle nous avons commencé ce travail dans le service de

M. Thibierge, nous avons vu défiler sous nos yeux un nombre respectable de malades. Nous avons examiné avec soin, jour par jour pour ainsi dire, toutes les femmes présentant une éruption spécifique quelconque, concentrant tout particulièrement notre attention sur la région cervicale.

Chaque fois que nous rencontrions un exanthème syphilitique à ce niveau, nous prenions une note détaillée de son aspect, que nous complétions à mesure que les lésions évoluaient. Pour plus de rigueur scientifique nous avons pris, un certain nombre de calques aussi exacts que possible, sur lesquels nous avons dessiné l'éruption, ce qui nous a permis de comparer une fois celle-ci disparue, l'aspect de la région à ce dernier moment avec celui qu'elle avait au début.

Ce qui nous a frappé, comme nos devanciers dans ces recherches particulières, MM. Hulleu et Barcat, c'est l'analogie des deux tableaux successifs que nous avons sous les yeux : d'une part la roséole à cercles rouges entourés de peau blanche, et de l'autre, la syphilide pigmentaire à îlots blancs cernés par un réseau foncé. Aussi a-t-on pu dire à juste titre qu'ils étaient l'un à l'autre, comme l'épreuve positive photographique est à son cliché négatif (Hulleu).

Il nous était dès lors permis de penser que les îlots clairs pourraient bien n'être que des reliquats de roséole et d'éruptions secondaires. Cette hypothèse diffère, semble-t-il de celle que combat le professeur Fournier, d'après laquelle les tractus bruns viendraient se subs-

tituer *in situ* à des syphilides et se rapproche de celle de Leser et Haslund.

Nous avons donc poursuivi nos recherches de ce côté, et voici ce que nous avons pu observer journellement pendant notre long séjour à l'hôpital Broca.

Dans la grande majorité des cas que nous publions plus loin, lorsque la roséole apparaît au niveau du cou, celui-ci présente un aspect normal au point de vue de sa coloration.

L'éruption débute donc sur une région exempte de toute pigmentation anormale. Très légères tout d'abord, ces macules rosées se foncent davantage, deviennent plus manifestes et parfois plus nombreuses par poussées successives. Elles arrivent rapidement à l'état adulte, et présentent alors une couleur rouge tendre, fleur de pêcher. Elles persistent ainsi pendant un temps plus ou moins long, selon les cas et peut-être aussi selon l'intensité de la diathèse. Nous avons observé un certain nombre de cas, où la roséole est restée stationnaire pendant plus de deux mois.

Puis commence la régression des macules ; celles-ci deviennent rouge sombre d'autant plus foncé que l'on se rapproche du centre de l'élément. En même temps les bords paraissent moins distincts, plus irréguliers, moins faciles à suivre, s'estompent insensiblement.

C'est à partir de ce moment que l'on assiste à un remaniement complet de la pigmentation cutanée. Nos macules se transforment, se décolorent par dégradation insensible du centre vers la périphérie qui devient successivement brun jaunâtre, puis grisâtre, ne se

distinguant plus nettement de la peau voisine. De plus on aperçoit à leur niveau un fin plissé épidermique tout d'abord limité au pourtour des macules et qui semble bien indiquer qu'il se produit là, une résorption ou une transformation assez intense d'éléments cellulaires. Ce plissement est plus ou moins visible à l'œil nu selon les cas, mais il est toujours très net à la loupe. Il s'étend progressivement vers le centre des éléments, suivant en cela une marche parallèle à l'évolution du pigment.

Bientôt on aperçoit autour de chaque macule une zone très délicate dont l'aspect blanc plus ou moins pur, parfois rosé, établit une limite très nette entre la peau saine et l'élément éruptif. Presque toujours, à ce moment précis, on note sur le cou un léger teint jaune chamois clair, le plus souvent partiel, et paraissant toujours débiter par les régions où les macules sont plus nombreuses.

Cette coïncidence est remarquable et il est probable qu'elle est due à la présence du liseré blanchâtre qui établit une démarcation précise et rompt la monotonie d'une transition insensible. Aussi ne sommes-nous pas loin de croire, que c'est à partir du moment où les macules commencent à se résorber, que la coloration du cou change elle aussi. Mais c'est par successions de nuances si voisines que cette modification reste inaperçue jusqu'au jour où un terme de comparaison, l'anneau blanc, apparaît. On dirait, comme le pense si justement M. Balzer, une sorte de rejet du pigment à la périphérie.

Ce liseré blanc s'étend peu à peu, s'élargit concentriquement, et finit par envahir toute la macule, laissant un îlot décoloré.

La pigmentation périphérique suit une marche parallèle, s'accroît à mesure que les macules se décolorent, et finalement on a sous les yeux l'aspect typique de la syphilide pigmentaire.

Tel est le cas de Marguerite D. que nous allons reproduire ici.

Observation I (*Personnelle*).

Marguerite D., 19 ans, couturière, entre le 26 janvier 1904, salle Astruc, n° 16, pour une syphilis datant de trois mois.

On constate chez elle une roséole très intense formée de macules rouges, de dimensions variables, disséminées sur tout le corps. Elle est particulièrement marquée sur le dos, la poitrine et la face interne des cuisses.

Sur le cou il existe de nombreuses macules rosées, peu marquées, mais qui s'accroissent les jours suivants et augmentent de volume. Elles sont assez régulièrement arrondies et leurs dimensions varient de celles d'une lentille à une pièce de 20 centimes.

Le 2 février, on dessine à l'encre aussi exactement que possible, le contour des macules en se servant du verre bleu, et l'on prend un calque bien repéré. Pas de pigmentation anormale à cette date.

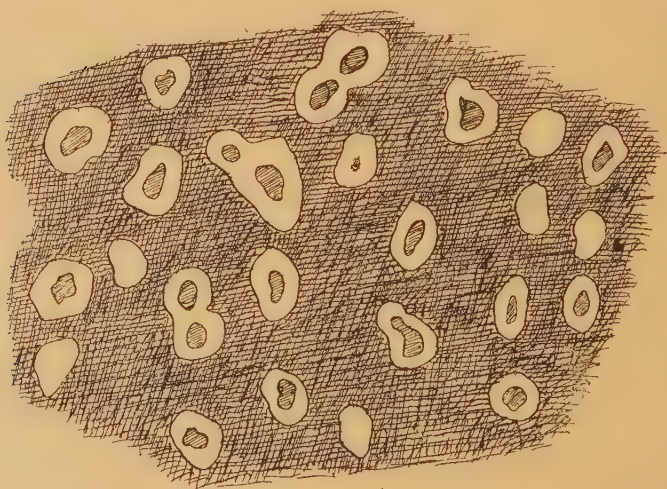
L'éruption reste stationnaire un certain temps, puis commence à se modifier le 20 février. Les divers éléments baissent de couleur, s'effacent par leur périphérie, tandis que le centre

brunit. On remarque aussi une sorte de plissement de l'épiderme qui, à leur niveau, se fronce et réduit légèrement les dimensions des macules.

Le 25 février, on remarque autour de chaque élément, une étroite zone d'un blanc grisâtre très nette. En même temps les régions voisines prennent un teint jaune clair, surtout marqué au niveau des parties latérales.

Le 8 mars de nouveaux éléments ont apparu sur la poitrine et le dos ; ils sont confluent par endroits, d'assez fortes dimensions et ont une légère tendance à devenir papuleux.

Sur le cou, l'aspect jaune chamois s'accroît, devient brunnâtre, et l'on voit nettement se dessiner un réseau dont les mailles s'entrecroisent assez régulièrement. Elles entourent des îlots composés de deux zones distinctes : au centre, macule



bronzée, lenticulaire, présentant un plissé épidermique très fin et tout autour, collerette de 1 à 2 millimètres, d'un blanc grisâtre, rendue plus apparente par la pigmentation périphérique.

Le 15 mars, bon nombre de ces macules ont disparu laissant des îlots décolorés; on remet le calque en place, et on constate que ces macules leucodermiques correspondent exactement aux macules roséoliques dont les unes ont totalement disparu, tandis que certaines autres présentent encore une tache brune centrale. Tout autour, quelques îlots décolorés, provenant sans doute d'éléments omis par le calque.

Le 28 mars, toute éruption a disparu; la malade présente un collier de Vénus type entourant le cou en entier, sans empiéter sur les régions voisines.

Cette observation, et nous pourrions en ajouter bien d'autres que nous réservons pour un chapitre spécial, montre parfaitement l'évolution des lésions, et confirme ce que nous avons avancé plus haut.

Lorsqu'il s'agit de lésions plus fortement organisées, telles que les papules et les gros éléments papulo-squameux, que l'on rencontre fréquemment au niveau de la région cervicale, l'évolution est identique mais plus longue.

Ces éléments dont le centre déprimé est entouré par des bords saillants plus ou moins squameux persistent plus longtemps. Puis à un moment donné, les squames tombent, laissant une surface lisse, luisante, plus ou moins violacée. La saillie des bords s'affaisse ensuite, s'efface progressivement mais lentement. A mesure que l'infiltration disparaît leur couleur change, et de rouge chair musculaire au début, plus tard rouge violacé, elle devient brune, noirâtre, lorsque l'élément éruptif ne forme plus aucun relief appréciable.

Il se produit également un plissé épidermique beaucoup plus accusé, qui donne à la tache brune un aspect cicatriciel et réduit ses dimensions. Puis insensiblement les contours s'estompent, deviennent plus clairs, grisâtres et se décolorent ainsi que les macules de roséole, envahis par une zone de dépigmentation qui pâlit de plus en plus, devient blanche d'un blanc parfois éclatant, et se substitue à l'ancienne papule.

Pendant que se produit ce travail de raréfaction de la matière colorante, les zones voisines se pigmentent progressivement et parallèlement à la dépigmentation des éléments, atteignant son maximum d'intensité lorsque ceux-ci ont totalement disparu.

Finalement, il reste un mélange d'îlots clairs et de marbrures pigmentées dont la largeur varie suivant le nombre et l'étendue des anneaux blancs, et qui reproduit exactement l'aspect de la syphilide pigmentaire.

C'est ainsi qu'évoluèrent les lésions chez Marthe B.

Observation II (*Personnelle*)

Marthe B... 22 ans, bonne, entre le 13 février 1904, salle Goupil, n° 6, pour une blennorrhagie datant de quelques jours, et une syphilis dont le début a passé inaperçu.

Elle présente sur la face interne des cuisses, des plaques syphilitiques de la peau, formant de chaque côté un groupe irrégulier. Tout autour, quelques macules de roséole, bronzées, en voie de résolution.

Sur la poitrine et le dos, roséole discrète formée de taches

cuivrées, peu nombreuses. Ça et là, quelques plaques cutanées, psoriasiformes, dont les bords saillants et infiltrés pâlissent et commencent à s'atténuer.

Sur le cou, on remarque un certain nombre de plaques cutanées d'assez fortes dimensions, ainsi que des éléments de roséole. Sur le côté droit, ces plaques sont plus ou moins régulièrement arrondies à bords saillants squameux, d'un rouge sombre. L'une d'elles a les dimensions d'une pièce de 50 centimes, les autres sont plus petites et commencent à s'effacer. Trois ou quatre ne forment déjà plus aucun relief; elles sont bronzées au centre, présentent un fin plissé épidermique et sont entourées par une zone de 1 à 2 millimètres d'un blanc grisâtre.

Sur la nuque trois autres éléments présentent le même aspect; sur le côté latéral gauche, quatre plaques cutanées identiques.

En avant, plaque papulo-squameuse de forte taille, au niveau de la région hyoïdienne. Ces divers éléments sont entourés par des macules de roséole en voie de régression et d'aspect jaune brun.

Le 26 février, l'éruption rétrograde lentement; l'infiltration s'atténue, les bords s'effacent et se rétrécissent, tandis que la zone grisâtre qui les entoure s'étend progressivement de la périphérie vers le centre. Bon nombre de taches de roséole ont disparu et sont remplacées *in situ* par des îlots blancs de mêmes dimensions, où l'on retrouve encore, en y regardant de près, un petit point central brunâtre.

En même temps, le cou prend dans son ensemble un teint bistré très net, qui se fonce et augmente d'intensité, à mesure que l'éruption pâlit. On assiste ainsi à la formation progressive d'un réseau à mailles irrégulières, entourant des îlots dont les

uns sont uniformément blancs, tandis que d'autres, plus volumineux, possèdent encore un reliquat d'éruption plus ou moins marqué.

Le 20 avril, la malade revient à la consultation : toute trace d'éruption a disparu. Elle présente un superbe collier de Vénus surtout prononcé au niveau des parties latérales où les mailles sont d'un brun crasse. La pigmentation est moins accentuée en avant et se termine insensiblement au voisinage du sternum.

Telle est, sommairement résumée, l'installation de la syphilide pigmentaire que nous avons journellement observée dans les salles de l'hôpital Broca.

Nous en avons eu sous les yeux une soixantaine de cas que nous pouvons diviser en trois groupes. Dans un premier, il faut placer les cas, au nombre de 16 à 18, où le collier était à son complet développement, lorsque nous avons vu les malades pour la première fois.

Sur ces 16 à 18 cas, un certain nombre de femmes avaient été soignées déjà dans le service et nous avons pu voir dans leurs observations que certaines avaient eu une éruption particulièrement remarquable sur le cou. Pour d'autres, on notait la roséole, mais sans faire aucune mention de la région cervicale, ces observations n'ayant pas été prises en vue d'un travail analogue. Deux de ces observations ont, du reste, été publiées par M. Hulleu.

Dans un deuxième groupe, nous placerons les cas où les malades présentaient à leur entrée, une ébauche de syphilide pigmentaire, et dont une douzaine sont

publiés dans nos observations. Chez toutes ces malades, en même temps que ce début de pigmentation, on constatait une éruption plus ou moins intense au niveau de la région cervicale. Il s'agissait tantôt de macules de roséole, tantôt d'éléments plus volumineux, papuleux ou folliculaires, et occupant les espaces laissés libres par les zones pigmentées.

Enfin dans le troisième groupe, nous rangerons les cas où les malades présentaient un exanthème syphilitique au niveau du cou, sans aucune trace de pigmentation anormale. Nous les avons suivis tout particulièrement pour la plupart, et nous avons assisté à la transformation des éléments éruptifs en îlots blancs, pendant que les régions voisines se pigmентаient à leur tour.

Nous n'avons pas eu la bonne chance de rencontrer un seul cas, où la syphilide pigmentaire soit apparue dans le service sans aucune éruption antérieure, si légère soit-elle. Nous avons cru pourtant en observer un chez la malade qui fait le sujet de l'observation XVIII. A une distance de cinquante centimètres, on percevait mal les détails et l'on pouvait parfaitement considérer l'affection comme primitive. La malade a vite dissipé notre illusion, car elle avait remarqué des taches rouges sur son cou, et nous-même avons fini par y découvrir des macules centrales rosées et finement plissées.

A quoi tient cette mauvaise fortune ? Nous n'en savons rien ; peut-être, est-ce parce que notre attention portait tout particulièrement sur ce sujet, et que les plus légères éruptions étaient recherchées avec un soin jaloux.

Nous donnons ici un tableau sur lequel nous avons indiqué le nom, l'âge, la date de l'accident initial, la nature de l'éruption cervicale, et la date d'apparition du collier de 30 cas observés et publiés soit par M. Hulleu dans les *Annales de Dermatologie*, soit par nous-même dans cet ouvrage.

Nom	Age	Date du chancre	Eruption cervicale	Apparition du collier
T. M.	19 ans	septembre 1902	papules	mars 1903
R.	18 ans	novembre 1902	sy. folliculaires	mars 1903
I.	25 ans	décembre 1902	roséole	avril 1903
Pou.	26 ans	octobre 1902	roséole	février 1903
M. G.	24 ans	juillet 1902	roséole	novembre 1902
M. D.	24 ans	avril 1902	roséole	août 1902
E. M.	24 ans	novembre 1902	plaques cutanées	mars 1903
C.	20 ans	septembre 1902	roséole	février 1903
M. D.	19 ans	octobre 1903	roséole	mars 1904
M. R.	25 ans	juillet 1903	papules	février 1904
M. G.	18 ans	décembre 1903	roséole	avril 1904
L. M.	16 ans	février 1903	papules	mars 1904
L. V.	21 ans	février 1903	sy. folliculaires	janvier 1904
L. C.	38 ans	juillet 1903	roséole	février 1904
C. R.	16 ans	novembre 1903	roséole	mars 1904
A. R.	24 ans	janvier 1904	roséole	avril 1904
M. B.	30 ans	octobre 1903	roséole	mars 1904
L. V.	18 ans	octobre 1903	roséole, papules	avril 1904
M. B.	22 ans	novembre 1903	plaques cutanées	mars 1904
L. H.	22 ans	juillet 1903	roséole	mars 1904
B. P.	19 ans	octobre 1903	roséole	avril 1904
M. L.	21 ans	décembre 1903	papules	avril 1904
M. B.	30 ans	septembre 1902	papules	octobre 1903
L. C.	18 ans	novembre 1903	roséole	mars 1904
M. C.	18 ans	août 1903	papules, roséole	avril 1904
L. C.	22 ans	mai 1903	roséole, papules	mars 1904
E. T.	29 ans	août 1903	roséole	mars 1904
A. M.	18 ans	décembre 1903	papules	avril 1904
L. P.	24 ans	décembre 1903	papules	avril 1904
R. L.	21 ans	février 1904	papules	mai 1904

V

DISCUSSION

§ 1. — Sur l'antériorité des lésions cutanées.

Nous avons vu en étudiant les diverses opinions émises par les auteurs sur la syphilide pigmentaire, que deux théories principales sont en présence pour expliquer son origine. Voyons donc quels sont les divers arguments invoqués en faveur de l'une et de l'autre.

Voici ce qu'en dit M. Fournier dans une note :

« Il serait inutile, je crois, de m'arrêter à réfuter la
« vieille doctrine d'après laquelle la syphilide pigmen-
« taire ne serait que le vestige, le reliquat, la phase
« terminale de syphilides d'autre nature. Bien qu'elle
« compte encore, paraît-il, quelques partisans, cette
« opinion ne soutient pas l'analyse. Trois raisons la
« condamnent absolument, à savoir :

« 1° D'abord la non existence de syphilides se cir-
« conscrivant au cou en y affectant une topographie
« symétrique, circulaire, en collier. Qui a jamais vu
« des syphilides de cette localisation et surtout de cette

« configuration ? qui a jamais vu sur le cou des syphili-
« lides en collier ?

« 2° En second lieu, témoignage précis des malades,
« unanimes à affirmer que leurs taches du cou se sont
« produites primitivement, d'emblée, telles qu'elles
« sont restées plus tard.

« 3° Enfin, cas assez nombreux où les médecins ont
« assisté à l'éclosion et à la constitution de cette syphi-
« lide pigmentaire, qu'ils ont vue naître pigmentaire,
« pigmentaire *ab ovo*, sans mélange d'éruptions d'un
« autre ordre.

« Cela est formel et clôt la discussion.

« Sans doute on peut rencontrer sur la région cer-
« vicale des macules consécutives à d'autres éruptions,
« notamment à des syphilides papuleuses, papulo-
« croûteuses. Mais ce qu'on observe alors consiste en
« des macules isolées, arrondies, lenticulaires, dissé-
« minées au hasard, affectant sans symétrie tels ou
« tels districts du cou, ne présentant jamais la confi-
« guration en réseau propre à la syphilide pigmen-
« taire.

« Impossible vraiment d'assimiler de telles macules
« consécutives à la pigmentation primitive et si spé-
« ciale qui constitue le type que nous décrivons;
« impossible de confondre des choses si dissembla-
« bles. »

Cette critique renferme à elle seule à peu près tous
les arguments invoqués par la plupart des auteurs pour
combattre la théorie de Lesser résumée dans ces quel-
ques lignes :

« Dans beaucoup de cas, dit Lesser, après la résorption de la tache de roséole et, soit dit en passant, des papules, il persiste longtemps encore une modification particulière du pigment cutané, la leucodermie syphilitique. »

Il cite des cas de leucodermie généralisée chez l'homme, où la disposition des taches blanches répondait rigoureusement à celle des éléments de roséole qui avaient disparu.

Ainsi que l'indique le mot de leucodermie, Lesser considère la tache blanche, décolorée, comme étant la lésion importante, caractéristique de l'affection.

M. Fournier considère, au contraire, le réseau pigmenté comme étant la seule lésion pathologique, se basant en cela sur les études histologiques de Tanturri. « Elle ne consiste pas, dit-il, en une affection pigmentaire consécutive qui succéderait à une éruption d'autre nature, à la façon par exemple de ces maculatures noirâtres qui succèdent et survivent à certaines papules syphilitiques. »

Mais si Tanturri a trouvé la quantité de pigment normale, et Saintin plus considérable même, au niveau des ilots clairs, de nouvelles recherches ont démontré qu'à côté de ce réseau pigmenté admis par tous les auteurs, il existait une deuxième lésion : la tache blanche, décolorée, hypopigmentée. Tel est le résultat des études de Riehl, Erhman, de Maïeff, Lesser, Drysdale, Lewin, Unna et Hjelman.

Ce n'est pas le réseau qui succède aux éruptions cutanées, ou du moins directement, mais bien les ilots

clairs qui sont enclavés dans ses mailles, ainsi que le montrent les nombreuses observations de Neuman, O. Simon, Haslund, Neisser, Finger, Poelchen, et celles de MM. Hallopeau, Balzer, Barcat, Hulleu, etc., en France.

Ce qui le prouve, c'est d'abord l'évolution elle-même de cette lésion, et ensuite, la présence de ces macules brunes que les auteurs ont observées au centre des îlots décolorés.

M. Hallopeau dit formellement ne pas avoir vu de syphilide pigmentaire la plus typique, dans laquelle il n'y eut au centre des aires blanches, des macules colorées comme celles qui persistent après la disparition des papules syphilitiques.

Du reste comment expliquer cette coïncidence que tous les auteurs signalent depuis Pillon : la syphilide pigmentaire apparaissant toujours pendant et surtout au début de la période secondaire de l'infection, période essentiellement fertile en éruptions de toute nature.

A ce sujet, un point capital nous a particulièrement frappé, et nous regrettons vivement à l'heure actuelle de n'avoir pas songé plus tôt, à une statistique. Nous voulons parler de la fréquence des exanthèmes au niveau du cou et en particulier de la roséole.

Dans bon nombre d'ouvrages, la roséole est considérée comme très rare au niveau du cou. Pour Pillon, elle affecte rarement cette région, et lorsqu'elle s'y présente, c'est seulement à la nuque et *toujours sous forme papuleuse*.

Pour Bassereau, ce n'est que dans des cas rares et

remarquablement intenses que la tête est envahie. Alors même le cou, la nuque exceptée, reste indemne.

Maireau, Saintin sont du même avis.

Romalo n'a-t-il pas écrit dans sa thèse : « La roséole au niveau du cou, n'est-ce pas une rareté ? et la syphilitide pigmentaire n'affecte-t-elle pas presque exclusivement cette région ? »

Ainsi donc, tous ces auteurs se basent sur cette prétendue rareté de la roséole, pour en conclure comme Romalo que le collier de Vénus naît spontanément, primitivement.

Tel n'est pas l'avis de Neisser ; il déclare que l'exanthème maculeux siège sur le cou plus souvent qu'on ne le croit, mais il passe inaperçu attendu que des taches d'un rouge pâle ne sont vues sur un cou bruni que si on y appelle l'attention.

M. Hallopeau, pense lui aussi, que la pigmentation normale du cou empêche une roséole légère de paraître nettement aux yeux de l'observateur, et lui permet ainsi de passer inaperçue.

D'après M. Balzer, les éléments reconnaissables cliniquement ne nous donnent pas la mesure de ce qu'est en réalité, la poussée éruptive. MM. Barcat et Hulleu, la considèrent aussi, comme beaucoup plus fréquente que ne l'indiquent en général les auteurs.

C'est également notre avis personnel. Tant qu'il s'agit de grosses lésions telles que les papules et les éléments papulo-squameux, atteignant parfois les dimensions d'une pièce de deux francs, nul ne cherche à les contester même à la région cervicale.

Aussi certains auteurs admettent-ils de ce fait une double variété de syphilide pigmentaire : l'une primitive, la vraie ; l'autre secondaire, plus rare, consécutive à de grosses lésions cutanées, paraissant répondre à ce que M. Fournier décrit sous le nom de leuco-mélano-dermie.

Cette deuxième variété ressemble de si près à la forme vraie primitive des auteurs, que Pétresco ajoute dans sa thèse : « Il y a, à coup sûr, des mélanodermies secondaires qui, par leur ensemble objectif, en imposent pour une syphilide pigmentaire primitive ». Aussi avance-t-il modestement que celle-ci est le vestige d'une éruption avortée, et que pathogéniquement et histologiquement on ne peut l'admettre comme primitive.

Néanmoins, ajoute-t-il, ce type garde toute sa valeur en clinique.

Or que nous enseigne la clinique ? l'examen attentif des malades nous apprend journellement que la roséole est loin d'être aussi rare au niveau de la région cervicale. Mais ces macules arrondies, couleur rouge tendre, fleur de pêcher, ressortent mal sur la peau normalement plus colorée du cou, et loin d'attirer les regards, demandent à être recherchées, souvent même avec soin.

Pour notre part nous l'avons souvent observée. C'est ainsi que le 16 avril, sur 23 femmes syphilitiques soignées dans la salle Van Swiéten, 18 présentaient des éruptions diverses, macules, papules, éléments folliculaires, dont 12 sur le cou. Sur ces 12 cas, 5 étaient

constitués par de la roséole pure et trois autres présentaient à peine quelques papules entourées de nombreuses taches rosées.

Un deuxième argument invoqué contre la forme secondaire de la syphilide pigmentaire, c'est l'aspect des îlots clairs qui occupent l'intervalle des mailles du réseau. Nous verrons plus loin que cette question est fortement controversée et constitue par suite une preuve au moins douteuse.

Quant au témoignage précis des malades dont parle M. Fournier, nous ne pouvons scientifiquement l'admettre comme un argument en faveur de telle ou telle théorie. L'insouciance des malades que nous avons observées dans les services de Broca est telle, que certaines ignoraient même à leur entrée, avoir un beau collier sur le cou.

Parmi celles qui en ont remarqué la présence, les unes signalent dans leurs antécédents des éruptions antérieures, d'autres les nient formellement. Or chez deux malades dont les négations étaient très énergiques, nous avons observé nous-même des macules brunes au centre des îlots blancs.

Enfin troisième argument, cas où les médecins ont assisté à son éclosion sans éruption antérieure. Nous avons suffisamment montré que tous sont loin d'être du même avis.

Il n'est pas douteux pour nous, que la syphilide pigmentaire, celle que nous avons toujours observée à Broca, ne soit secondaire, et pour les motifs suivants :

1° Les îlots clairs rappellent par leurs dispositions,

leur configuration, les taches de roséole qui, d'après M. Fournier, varient de la surface d'une petite lentille à celle d'une pièce de 50 centimes, rarement plus larges si ce n'est dans les cas où plusieurs d'entre elles viennent à se fusionner.

Lorsque les îlots décolorés sont plus grands, leurs contours polycycliques attestent le mécanisme de leur formation due à la confluence de plusieurs taches.

2° La persistance au centre de ces îlots, d'une macule centrale colorée. Cette macule centrale sur laquelle MM. Balzer et Hallopeau ont attiré l'attention, de nombreux auteurs l'ont constatée et la signalent dans leurs observations. Nous-même l'avons toujours rencontrée à une certaine période de l'évolution du collier.

Ce fait, joint à la présence d'un anneau décoloré entourant les taches bronzées de roséole ou de papules en régression, montre que cet élément est envahi par une zone de dépigmentation qui s'étend concentriquement de la périphérie vers le centre.

Taylor et Atkinson cités par Fox, n'ont-ils pas remarqué que, chez les nègres, les papules laissent après elles une pigmentation au niveau de laquelle se fait ensuite une raréfaction pigmentaire aboutissant à la formation d'une tache blanche.

3° La fréquence de la roséole au niveau du cou, bien plus grande que ne l'indiquent en général les auteurs.

4° L'évolution de cette lésion que nous avons suivie dans toutes nos observations.

§ 2. — Etudes histologiques.

La peau, au niveau des taches claires, est-elle normale ou modifiée ?

Il n'est pas facile de trancher cliniquement la question de savoir si les îlots sont ou non dépigmentés. Saintin les considère comme plus colorés que la peau normale et voici pourquoi :

Il applique sur le cou une feuille de papier où sont pratiquées deux fenêtres dont l'une correspond à une tache claire, et la deuxième à une partie de peau saine. Les régions pigmentées étant ainsi soustraites aux regards, on pouvait dit-il, établir des comparaisons plus frappantes entre les parties examinées.

La carte percée dont se sert M. Fournier est également destinée à montrer que les îlots clairs sont normaux.

Comme le fait justement remarquer M. Hallopeau, la région cervicale étant normalement pigmentée, si la coloration de la tache est la même que celle du thorax, elle est en réalité moindre qu'à l'état normal. Sur 490 femmes normales, Poelchen n'en a trouvées que 9 sans pigmentation cervicale.

La peau, au point de vue de sa structure, nous apparaît cliniquement comme normale.

Toutefois le plissé épidermique que l'on observe au niveau des macules centrales, semble déjà indiquer qu'il se produit à ce niveau des troubles de la nutrition cutanée.

Que [nous enseigne du reste, l'histologie pathologique ?

Tanturri (1865) trouve au niveau des îlots clairs, autant de pigment que dans la peau normale. Saintin va même plus loin, et le trouve supérieur.

Malheureusement pour leur théorie, de nouvelles et nombreuses recherches ont été faites sur ce sujet.

Riehl en 1884, trouve au niveau des taches blanches, le pigment disparu dans la couche génératrice et les autres couches épidermiques.

De Maïeff en 1889, pratique quatre examens histologiques et trouve :

1° Dans les zones pigmentées, l'épiderme épaissi, les cellules et leurs intervalles bourrés de pigment, les vaisseaux entourés de nombreuses cellules pigmentées.

2° Au niveau des îlots clairs, l'épiderme aminci, réduit à une ou deux rangées de cellules dont les noyaux sont mal colorés, le pigment d'autant plus rare qu'on se rapproche du centre de la tache où il est tout à fait absent ; les vaisseaux extrêmement réduits et à peine visibles.

Unna donne en 1894, les résultats d'une étude histologique pratiquée dans un cas où le malade présentait à la fois une syphilide pigmentaire et des macules de roséole. Il a trouvé :

1° Au niveau des parties pigmentées, une surabondance de pigment qui siège non pas dans les cellules, auxquelles il semble n'être qu'accolé, mais dans les espaces lymphatiques et intercellulaires ; des altérations vasculaires consistant en bourgeonnement de l'endo-

thélium et infiltration des zones périvasculaires au niveau des réseaux papillaires et sous-papillaires.

2° Au niveau des ilots clairs, du pigment, mais en moindre quantité, dans l'espace compris entre le réseau vasculaire superficiel et la limite de l'épiderme. Le derme situé au-dessous de ce réseau, de même que l'épiderme en sont absolument dépourvus.

3° Au niveau des macules de roséole, des altérations vasculaires semblables à celles des parties pigmentées, mais le pigment est moins abondant autour de la tache roséolique et à son niveau que dans les parties colorées.

Erlhman, en 1895, pense que le pigment est formé aux dépens des globules sanguins par des cellules ramifiées appelées mélanoblastes. L'examen des papules en voie de transformation leucodermique, lui a montré la formation de cellules géantes, indiquant la mort des cellules et aussi celle des mélanoblastes. L'examen des taches blanches consécutives à la roséole, lui a permis de constater des mélanoblastes alors que l'épiderme était totalement dépourvu de pigment. Il semble donc n'y avoir, dans ce cas, qu'un trouble fonctionnel de ces cellules.

Fratelli en 1896 constate sur des coupes de syphilide pigmentaire, les faits suivants :

1° Au niveau des parties blanches, l'épiderme contient quelques granulations pigmentaires, plus abondantes dans les cellules cylindriques du corps de Malpighi. Dans le derme, il y a des zones d'infiltration leucocytaire que l'on retrouve également autour des anses vasculaires des papilles.

2° Au niveau des parties pigmentées, mêmes lésions, mais l'infiltration cellulaire et pigmentaire est plus intense.

Hjelman en 1897, publie les résultats de l'examen histologique de dix fragments de peau leucodermique, excisés sur sept personnes différentes.

1° Au niveau des parties colorées, le pigment est extrêmement abondant dans les papilles et la couche sous-papillaire, ainsi qu'une légère infiltration périvasculaire.

2° Dans les zones décolorées, le derme est absolument dépourvu de pigment, sauf en quelques rares endroits ; les cellules basales sont de même complètement dépigmentées ou à peu près. Le corps de Malpighi est aminci, diminué de hauteur. Les papilles dermiques et la couche sous-papillaire sont moins vasculaires et présentent une infiltration cellulaire.

Bockhart constate sur un fragment de peau, des coagulations fibrineuses siégeant dans les artérioles et les veinules du réseau sous-papillaire. Ces thrombus étaient entourés d'une quantité relativement considérable de pigment brun ou rougeâtre. Les vaisseaux étaient presque tous entourés de cristaux d'hématoïdine communiquant aux tissus une coloration jaune intense. Il conclut que le pigment provient de l'endothélium vasculaire et des globules rouges désagrégés.

Ces observations nombreuses, et dues à de bons observateurs, nous paraissent concluantes.

Ainsi donc, la peau, au niveau des taches claires, est loin d'être normale. Le pigment y est rare, parfois

même complètement absent ; le corps de Malpighi est aminci et les parois des petits vaisseaux sclérosées.

Ces petits ilots constituent donc la lésion principale, car au niveau des zones pigmentées, les lésions de la peau sont beaucoup moins marquées.

De Maïeff, Unna et Frattali y ont bien trouvé une infiltration leucocytaire ainsi qu'un bourgeonnement de l'endothélium des capillaires. Mais sur les 7 cas de Hjelman, représentant le travail le plus important qu'on ait fait sur l'anatomie pathologique de cette lésion, un seul présentait cette infiltration périvasculaire. A ce niveau, un seul caractère est constant : c'est l'abondance du pigment dans le derme et l'épiderme, relativement aux autres parties du corps.

§ 3. — Pathogénie de la syphilide pigmentaire.

La question n'est pas moins complexe quand il s'agit d'expliquer le processus qui aboutit à la constitution d'une lésion aussi bizarre. Aussi les théories se multiplient-elles à plaisir, sans qu'on puisse en vérifier une seule.

Pour certains, la syphilide pigmentaire dérive d'une altération fonctionnelle des cellules qui produisent le pigment de la peau.

Riehl, attribuait la dépigmentation au renversement du rôle des mélanoblastes qui, normalement chargés d'apporter le pigment à l'épiderme, le lui enlevaient.

Erhman, Lewin, Unna, admettent le rôle des mélanoblastes, mais ils font intervenir les centres nerveux

moteurs dont la paralysie entraîne celle des mélanoblastes et la production des taches claires.

Pirrochi fait aussi intervenir les altérations du système nerveux sous l'influence du virus syphilitique. M. Leloir de Lille est du même avis.

Les partisans de la théorie nerveuse, en donnent comme preuve, d'une part la symétrie habituelle de la lésion, symétrie seulement explicable par un trouble des centres nerveux, et d'autre part la fréquence plus grande chez la femme plus sujette que l'homme aux désordres nerveux de la syphilis.

Pour d'autres, cette lésion dépend d'une faculté chromatogène que communique au sang l'infection syphilitique. Elle est le résultat d'une altération sanguine, d'un véritable tatouage hématique, dérivant d'une dissociation de l'hémoglobine, laquelle perdrait son adhérence aux globules et resterait fixée dans les mailles de la peau.

D'après Diday, le sang des syphilitiques subit une altération particulière de la matière colorante, une disposition à laisser celle-ci se déposer dans les tissus.

Si une cause quelconque augmente la congestion et par suite la quantité de sang contenue dans la peau, peu à peu le sang infiltrera les téguments et finalement la matière colorante se présentera assez près de la surface pour y produire un changement de teinte perceptible.

Petresco suppose un apport d'hémoglobine en quantité inaccoutumée. Or c'est l'hémoglobine provenant de la destruction partielle ou totale des globules rouges,

qui fournit la mélanine. Pour lui, l'infection syphilitique serait comme le paludisme éminemment cytolytique, ce qui tendrait à prouver que les hématies abandonnent leur matière colorante à l'intérieur des vaisseaux. C'est un processus analogue à celui qui produit l'hémoglobinurie ; mais dans la syphilis la cytolyse doit être lente et assez limitée pour permettre à la matière colorante de se déposer dans les tissus.

D'autres se demandent si la lésion ne serait pas en rapport avec une altération des capsules surrénales. C'est ainsi que Jullien attribue une influence prépondérante dans le processus mélanogène, à ces capsules.

Mauriac croit cette opinion justifiée et non seulement les capsules surrénales peuvent être incriminées, mais encore le corps thyroïde.

Certains en font une affection cachectique se basant sur ce fait que le diabète, le paludisme, la tuberculose produisent des troubles identiques. (Cas de MM. Fournier, Thibierge et Laurent).

La chlorose en a fourni aussi deux cas à M. Chauffard, et un autre à MM. Spillmann et Etienne. Aussi Petresco émet-il l'hypothèse que l'association de la chlorose ou de la tuberculose à la syphilis, montrerait qu'il s'agit d'altérations élémentaires profondes, mais encore latentes et dont la pigmentation réticulaire ne serait qu'un indice de la première heure.

Malherbe dans une observation a incriminé le surmenage.

Finger incrimine comme cause occasionnelle l'irrita-

tion cutanée entretenue par le frottement du col, et Neisser, la chaleur des foyers.

Certains auteurs frappés de l'analogie que présente la syphilide pigmentaire avec le masque de grossesse, se demandent si les troubles utérins ne suffiraient pas à expliquer cette lésion. Aussi Petresco pense qu'il faut tenir compte de l'état des organes génitaux de la femme qui, en dehors de la syphilis, présente très souvent de la métrite.

Les troubles de la pigmentation cutanée étant très fréquents dans les affections du foie, il était rationnel de se demander si cet organe n'était pas en cause. Les lésions profondes du foie ne sont pas en effet nécessaires, puisqu'il suffit d'un simple trouble fonctionnel occasionné par une émotion pour déterminer l'apparition d'un ictère. Or le virus syphilitique est loin d'épargner le foie, même à la période secondaire, ainsi que le montre l'ictère syphilitique.

Cette question de la cholémie, fort en honneur aujourd'hui, a fait le sujet d'une communication à la Société médicale des Hôpitaux, le 2 mai 1903. MM. Gilbert et Lereboullet pensent, que la présence des pigments biliaires dans le sang, doit être l'origine d'un bon nombre de mélanodermies.

Michel, dans sa thèse sur les mélanodermies biliaires, soutient que les pigmentations telles que le masque de grossesse, se produisent souvent sous l'influence de la cholémie. C'est elle qui expliquerait leur apparition chez certains sujets plutôt que chez certains autres.

Il cite le cas d'une femme non cholémique, qui ne

présente pas de chloasma utérin lors de sa première grossesse. Devenue enceinte une deuxième fois, un superbe chloasma apparaît : la recherche des pigments biliaires dans le sang, montre qu'elle est manifestement cholémique.

Un certain nombre de malades, présentant des mélanodermies consécutives à des dermatoses, furent examinés par lui ; l'étude du sang montra qu'ils étaient non moins cholémiques.

Cette théorie très séduisante expliquerait pourquoi certaines personnes ont une tendance remarquable à faire de la pigmentation, sous l'influence de la moindre lésion cutanée. La recherche des pigments biliaires dans le sang, nous permettrait peut-être de les classer dans la famille des cholémiques avérés.

Toutes ces causes plus ou moins logiques, mais dont la preuve est encore à faire, ont le tort de ne pas expliquer suffisamment la disposition des îlots clairs. Ce sont des causes secondaires adjuvantes, et c'est peut-être même, parce qu'elles exagèrent un processus particulier occasionné par l'éruption, vraie cause déterminante, que certains malades font de la pigmentation plutôt que d'autres.

C'est ainsi que certaines personnes font des troubles pigmentaires au niveau de la moindre lésion cutanée, telle la malade de Barcat qui, à la suite d'un vésicatoire, présentait sur la poitrine un grand placard fortement pigmenté.

Chez d'autres au contraire, rien d'analogue ne se produit. Nous avons suivi une malade présentant sur

le cou un certain nombre de papules assez volumineuses qui laissèrent à leur suite de superbes îlots blancs. Mais à aucun moment nous n'avons observé de pigmentation périphérique.

Elle avait tout ce qu'il fallait pour lui assurer une belle syphilide pigmentaire : syphilis et éruption très intense. Il lui manquait donc une cause adjuvante, altération du sang, du système nerveux ou du foie.

Voyons d'abord ce qui peut bien se passer au niveau de l'éruption, origine de la tache blanche.

On sait qu'au niveau des éléments de roséole, il y a dilatation des vaisseaux sanguins, tuméfaction de leur endothélium et dans les cas intenses, infiltration cellulaire à leur pourtour.

Dans la papule, on remarque en outre, une agglomération de cellules résultant de la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif et de l'affluence des leucocytes.

Neisser pensait que le processus inflammatoire qui existe à ce niveau, déterminait la multiplication des cellules de l'épiderme et le rejet vers la surface des cellules pigmentées.

M. Balzer pense que les troubles pigmentaires qui surviennent au cours des éruptions, peuvent être liés aux phénomènes congestifs et inflammatoires qui persistent plus ou moins longtemps à leur niveau.

Lorsque les éléments éruptifs se développent, le pigment disparaît dans toute leur étendue, et devient plus abondant à la périphérie, où il semble repoussé en quelque sorte par l'éruption. Cette disposition du pig-

ment pourrait s'expliquer par l'action des cellules nouvelles infiltrées au niveau de l'éruption. Elles absorbent le pigment et le font disparaître sur place ou le font passer dans le torrent circulatoire.

Pour de Maïeff et Hjelman, les ilots clairs résultent d'une lésion en quelque sorte cicatricielle, attestée par l'atrophie de l'épiderme et la diminution de la vascularisation.

Par suite de cette sclérose, dit Barcat, la matière colorante du sang n'est plus apportée en quantité suffisante aux cellules ramifiées du derme qui cessent de la transformer en pigment.

La dépigmentation s'expliquerait donc par arrêt de formation du pigment et destruction de la matière colorante préexistante, sous l'influence de la phagocytose.

Quant aux simples macules de roséole, les lésions sont réduites à leur minimum, mais elles existent. La vasodilatation et la tuméfaction de l'endothélium vasculaire qu'on y observe, si légères qu'elles soient, peuvent laisser des lésions cutanées qui deviendront plus tard un centre de répulsion ou de destruction pigmentaire.

Au niveau des parties pigmentées, nous avons vu que la peau contient une surabondance de matière colorante. La gêne de la circulation au niveau des ilots clairs, doit déterminer une fluxion collatérale par vasodilatation périphérique, entraînant une quantité plus grande de globules rouges et par suite, surabondance de matière colorante.

Nous ne pouvons jusqu'ici, qu'émettre des hypothèses ; tout moyen de vérification et de contrôle nous manque.

§ 4. — Qu'indique la syphilide pigmentaire au point de vue du pronostic ?

Même incertitude chez les auteurs.

Pour Pillon, elle peut encore donner la certitude que la diathèse n'est pas encore éteinte, que le traitement fait jusqu'alors est insuffisant et permettre d'annoncer une récidive peu éloignée des accidents secondaires qui ont déjà disparu.

Pour Diday, elle sert tout au plus de témoin et permet de dire que la syphilis a passé par là. Mais si elle dénote une infection ancienne, elle n'implique pas de danger, ne commande point de précautions pour l'avenir.

Maireau pense que le pronostic de cette affection, ne présente pas d'autre gravité que celle de la maladie dont elle témoigne.

De Fisson ne pense pas non plus que le pronostic en soit assombri. Mais elle indique souvent que le malade est anémié ou prédisposé à des accidents nerveux.

Pour Petresco, elle ne témoigne nullement d'une gravité particulière de l'infection. On ne peut même établir aucun rapport entre l'évolution de la lésion dyschromique et le degré de virulence de la syphilis à son origine. Toutefois, elle paraît indiquer un affaiblissement progressif de la résistance de l'organisme.

D'après M. Fournier, elle ne paraît pas reliée à telle ou telle forme de syphilis, notamment aux syphilis originaires graves. Presque toujours, au contraire, elle se produit au cours de syphilis ou moyennes ou bénignes.

M. le Dr Ravaut qui s'occupe très activement du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques, a bien voulu nous donner le résultat des ponctions pratiquées sur un certain nombre de nos malades. Nous lui en sommes infiniment reconnaissant.

Malheureusement les malades n'ont pu être suivies régulièrement, ce qui rend les résultats incomplets, mais néanmoins très instructifs. Nous allons les exposer brièvement.

Observations (Docteur RAVAUT)

Observation III

Marie R..., 25 ans.

Chancre il y a ?

24 décembre 1903. — Cyto-diagnostic. Réaction nulle, pas de syphilide pigmentaire.

15 mars 1904. — Syphilide pigmentaire : pas de ponction.

Observation VI

Lina V..., 21 ans.

Chancre il y a ? 1902.

Roséole très intense, syphilides folliculaires.

1^{er} septembre 1903. — Très grosse réaction.

26 janvier 1904. — Syphilide pigmentaire ; pas de ponction.

Observation VII

Louise C..., 38 ans.

Chancre en juillet 1903.

7 octobre 1903. — Réaction moyenne; 8 à 10 éléments par champ d'objectif à immersion.

Légère syphilide pigmentaire.

Observation XI

Marie R..., 18 ans.

Chancre il y a ?

Janvier 1904. — Syphilides folliculaires et papules. Cyto-diagnostic. Grosse réaction.

Avril 1904. — Syphilide pigmentaire. Pas de ponction.

Observation XII

Marie B..., 30 ans.

Chancre en octobre 1903.

Roséole papuleuse, plaques cutanées.

Avril 1903. — Cyto-diagnostic. Grosse réaction. Belle syphilide pigmentaire.

Observation XIV

Maria B..., 22 ans.

Chancre il y a ?

16 mai 1903. — Pas de syphilide pigmentaire.

Légère réaction; 5 à 6 éléments par champ d'objectif à immersion.

Avril 1904. — Syphilide pigmentaire, pas de ponction.

Observation XV

Léontine H..., 22 ans.

Chancre en juillet 1902.

Roséole et plaques muqueuses à cette date.

18 août 1903. — Réaction nulle. Pas desyphilide pigmentaire.

Observation XVI

Rose G..., 50 ans.

Chancre il y a ?

23 juin 1903. — Pas de syphilide pigmentaire, mais syphilides papuleuses. Cyto-diagnostic. Réaction nette.

Observation XX

Marie B..., 30 ans.

Chancre en septembre 1903.

5 juin 1903. — Syphilide pigmentaire. Cyto-diagnostic. Réaction nette.

Observation XXVII

Eugénie T..., 29 ans.

Chancre en août 1902.

Roséole papuleuse très intense.

24 octobre 1903. — Pas de syphilide pigmentaire. Cyto-diagnostic. Réaction nulle.

Qu'indique cette réaction méningée, très fréquemment observée dans la syphilide pigmentaire ? « La présence d'éléments cellulaires, dit M. Ravaut, en

nombre anormal dans le liquide rachidien de ces malades, vient nous donner une preuve matérielle de la souffrance des centres nerveux ou de leurs enveloppes alors que la plupart du temps ces altérations ne se manifestent par aucun symptôme constatable cliniquement. »

Or sur 34 malades examinées par lui, ne présentant pas d'accidents, ou seulement atteintes de roséole et de plaques muqueuses, 3 seulement présentaient des réactions nettes du côté du système nerveux. Sur 36 autres malades au contraire, atteintes de syphilides pigmentaires ou papuleuses, 26 présentaient une réaction nette.

« Il est clair, ajoute-t-il, d'une façon générale, que les syphilitiques présentant des réactions méningées nettes étaient atteintes de manifestations cutanées profondes, intenses, telles que les syphilides papuleuses, ou persistantes comme la syphilide pigmentaire qui mérite une place à part. »

Quelles conclusions peut-on tirer de ces faits ? Ces études sont encore récentes et M. Ravaut pense qu'actuellement, on ne peut que constater le parallélisme de ces deux réactions. « Ce sont deux manifestations différentes de la syphilis, qui frappe ainsi deux systèmes qu'elle affectionne particulièrement : la peau et le système nerveux. L'avenir nous dira s'il est possible de leur donner une autre signification. »

VI

DIAGNOSTIC

Si la nature de la syphilide pigmentaire a été contestée, à un moment donné, nul ne songe plus à le faire, à l'heure actuelle. L'opinion des auteurs est unanime sur ce sujet.

Par son aspect particulier en dentelle, sa localisation si spéciale, elle constitue un signe presque pathognomonique, dont la valeur est considérable.

On a pourtant cité des cas de troubles pigmentaires d'origine gravidique et surtout tuberculeuse, présentant de grandes analogies avec la lésion qui nous occupe.

M. Thibierge a présenté à la Société de Dermatologie, le 11 février 1897, un malade âgé de 60 ans, tuberculeux avancé, présentant une pigmentation généralisée. La nuque et les faces latérales du cou, étaient d'un gris intense et parsemées de taches arrondies dont les plus larges avaient un centimètre de diamètre. Le malade avait eu, 36 ans auparavant, plusieurs chancres de la verge, mais il n'avait eu consécutivement et ne pré-

sentait à ce moment aucune lésion, aucune trace de syphilis.

M. Fournier a observé également, une mélanodermie tuberculeuse, prise pour une syphilide pigmentaire, alors que l'examen et l'interrogatoire montraient que le malade était vierge et sans aucun signe de vérole.

Laurent, dans sa thèse, rapporte un cas analogue ; le malade, âgé de 46 ans, présentait des adénopathies cervicales et une lésion bacillaire du sommet gauche.

Rille et Caspari, ont observé 10 cas où la leucodermie était la conséquence du psoriasis. Ces cas sont moins surprenants, car la plaque de psoriasis présente des lésions analogues à celles des éruptions spécifiques, qui peuvent aboutir à la formation d'îlots décolorés.

Du reste ces exemples de pseudo-syphilide pigmentaire sont si rares qu'on les compte, et nous nous demandons s'ils présentent bien tous les caractères du collier de Vénus.

Nous pouvons donc considérer avec M. Fournier, la syphilide pigmentaire, comme un véritable certificat d'infection spécifique équivalant à la signature de la vérole sur le cou du malade.

Dès lors, si l'on se rappelle la durée fort longue de cette lésion, comparativement à celle des autres manifestations cutanées de la période secondaire, il est facile de comprendre toute la portée d'un tel stigmate.

La lésion primitive, le chancre infectant, peut passer facilement inaperçue surtout chez la femme, lorsqu'elle est profondément située. Que l'une de ces malades vienne plus tard à présenter des accidents, d'un

diagnostic parfois si embarrassant et l'on comprendra la cruelle perplexité du praticien. Le collier de Vénus, lorsqu'il l'observera, lui permettra d'être beaucoup plus catégorique et d'affirmer qu'il s'agit presque à coup sûr de syphilis.

L'époque de son apparition après la roséole, entre celle-ci et les accidents secondaires n'est pas moins importante au point de vue médico-légal.

Ainsi que nous l'avons vu plus haut, tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que cette lésion est postérieure à la plupart des exanthèmes secondaires, ou du moins qu'elle apparaît pendant leur période de déclin. C'est donc un point de repaire précieux pour reconnaître chez deux malades dont l'infection est avérée, quelle est celle qui paraît plus ancienne. Si l'un de ces malades est en pleine éruption roséolique tandis que le deuxième présente déjà un collier de Vénus, il est à peu près certain pour ne pas dire sûr, que l'infection du deuxième est plus ancienne.

Nous disons à peu près certain, car il est des cas où la syphilide pigmentaire est remarquablement précoce. (1 cas au 3^e mois chez l'une de nos malades.)

M. Thibierge cite le cas d'une famille dont l'enfant encore au sein, présentait une superbe roséole. L'infection était manifeste, mais où était la cause du malheur qui frappait les parents encore dans le doute. La question était très embarrassante quand M. Thibierge, en examinant la nourrice, se trouva en présence d'une belle syphilide pigmentaire. Ses soupçons ne tardèrent pas à se transformer en certitude.

VII

OBSERVATIONS

Observation III (*Personnelle*).

Marie R... 25 ans, lingère, entre le 28 octobre 1903 salle Astruc n° 35 pour une syphilis datant de plusieurs mois et une blennorrhagie intense.

On constate sur la face interne de la grande lèvre gauche une ulcération ressemblant par sa forme, sa couleur et ses bords au chancre simple mais reposant sur une base indurée. On fait une inoculation sur la paroi abdominale qui donne bientôt naissance à une lésion présentant tous les caractères du chancre simple. Il existe en outre de nombreuses plaques hypertrophiques vulvaires et sur la face interne des cuisses, des éléments de couleur rouge sombre, à bords saillants et légèrement squameux.

Sur le corps, il existe une éruption très intense formée de plaques papulo squameuses, irrégulièrement disséminées sur le dos, la poitrine et les bras. Sur le cou, nombreux éléments de même nature, à bords saillants et légèrement squameux, d'un rouge sombre.

Le 2 décembre. — On prend un calque exact et bien repéré de la partie postérieure du cou, sur lequel on dessine l'éruption. Aucune trace de syphilide pigmentaire à cette date.

Le 10 janvier. — De nouveaux éléments ont apparu sur la poitrine et le dos. Sur le cou l'éruption commence à s'atténuer.

Le 25 janvier. — L'infiltration diminue au niveau des divers éléments. Les bords s'affaissent, s'inclinent insensiblement vers les régions voisines et baissent en couleur tandis que le centre devient brunâtre. Un certain nombre de plaques de petites dimensions ne font déjà plus aucune saillie appréciable ; elles sont d'un rouge cuivre sombre au centre et présentent un fin plissé épidermique, tandis que la périphérie est manifestement envahie par une zone de dépigmentation très légère.

Le 10 février. — Le cou prend un aspect jaune chamois dans son ensemble. La zone blanche qui entoure les éléments s'est élargie aux dépens de la partie centrale cuivrée qui se dépigmente progressivement.

Le 8 mars. — L'éruption a totalement disparu ; chaque élément est représenté par un îlot blanc reposant sur un fond jaune sale, le tout dessinant une superbe dentelle.

Observation IV (Personnelle).

Marguerite G. 18 ans, domestique, entre le 28 janvier 1904, salle Astruc, n° 14, pour blennorrhagie et syphilis, datant d'un mois.

Elle présente des plaques muqueuses vulvaires, de petits éléments papulo-squameux sur la face interne des cuisses ainsi qu'une roséole très nette surtout sur le dos et la poitrine.

Sur le cou, on constate une douzaine de plaques papulo-squameuses, à bords infiltrés, de dimensions variables, d'un rouge chair musculaire, entourées par de nombreuses macules cuivrées de roséole.

Le 28. — On prend un calque de la partie postérieure du cou avec tous les éléments éruptifs.

Les jours suivants les macules s'atténuent, baissent de couleur vers la périphérie, tandis que le centre devient brunâtre. Les gros éléments papuleux s'aplatissent à leur tour, mais plus lentement ; leur couleur d'abord rouge devient bronzée au centre, et s'atténue insensiblement vers la périphérie.

Le 10 février. — Un certain nombre de plaques possèdent encore un petit élément papuleux, tandis que les autres se sont totalement affaissées et présentent un aspect cicatriciel. Elles sont entourées par des zones d'un blanc grisâtre, de 1 à 2 millimètres, devenant plus larges à mesure que les plaques se résorbent.

La plupart des macules rosées sont totalement décolorées.

Le 2 mars. — Le cou prend un aspect jaune sale par endroits, mais non uniforme, surtout marqué au niveau des faces latérales. Cette pigmentation s'accroît peu à peu, devient jaune chamois, et l'on voit se dessiner des mailles de 4 à 5 millimètres s'entrecroisant assez régulièrement et entourant des zones claires hypopigmentées. L'éruption a presque totalement disparu, laissant un collier de Vénus type, mais léger et d'un jaune clair au niveau de la nuque, plus net sur les faces latérales.

Le 10 mars. — On dessine à l'encre les îlots clairs, et l'on remet le calque en place ; il est alors facile de se rendre compte de la superposition exacte des lésions. Chaque tache blan-

che correspond à la résorption d'un élément antérieur dont il ne reste plus comme traces, que quelques macules rouge cuivre.

Observation V (*Personnelle*).

Louise M..., 16 ans, bonne, entre le 16 mars 1904, salle Van Swieten, n° 12 pour chancre infectant de la grande lèvre droite, en voie de cicatrisation.

Elle présente des plaques muqueuses vulvaires et une roséole papuleuse généralisée, surtout intense au niveau du dos.

Sur le cou, on remarque de nombreux éléments, de dimensions variables, très rapprochés et finement squameux, dont les bords légèrement saillants commencent à s'effacer. La région cervicale présente déjà un aspect jaune chamois très net.

Le 18 mars. — On prend un calque bien repéré, de la partie postérieure du cou, avec tous les éléments éruptifs. Ceux-ci ne tardent pas à s'atténuer progressivement, sous l'influence du traitement ; leurs bords s'aplatissent, se décolorent, tandis que le centre encore saillant et infiltré devient rouge sombre.

Le 28 mars. — On constate l'aspect suivant : autour de chacune des anciennes plaques rétrécies et devenues d'un rouge cuivre clair, on voit une petite zone blanche décolorée de 1 à 2 millimètres de diamètre.

Sur la face antérieure du cou, quelques plaques peu nombreuses, en voie de résolution, dont la périphérie est manifestement décolorée. Même aspect sur les parties latérales, où les éléments sont plus confluent. Ce qui frappe surtout c'est le teint jaune sale très prononcé du fond sur lequel repose l'éruption, formant un beau réseau à mailles serrées, et assez réguliè-

res. Au centre, nombreux îlots de 5 à 6 millimètres, arrondis, occupés par des éléments bronzés, d'aspect cicatriciel à épiderme finement plissé, et entourés par une zone blanche assez large.

Le 12 avril. — Nous revoyons la malade à la consultation ; elle présente un superbe collier de Vénus, dont les mailles brun crasse entourent des zones blanches possédant encore la plupart une macule lenticulaire au centre. Le calque pris à son entrée, montre la parfaite superposition des lésions.

Observation VI (*Personnelle*).

Lina V., 21 ans, femme de chambre, entre le 26 janvier 1904, salle Astruc, n° 3, pour syphilis. Elle a été soignée une première fois en 1902 pour chancre infectant de la grande lèvre gauche.

Elle présente sur la poitrine et la paroi abdominale de nombreux petits éléments blanchâtres, arrondis, de 2 à 3 millimètres de diamètre, irrégulièrement disséminés. Nombreux éléments analogues sur le dos et la face interne des cuisses, ayant l'aspect de macules blanchâtres, donnant au doigt la sensation d'un grain de plomb : ce sont des cicatrices chéloïdiennes de syphilides folliculaires.

Au niveau du cou la malade présente un collier de Vénus très net, formé de larges mailles d'un jaune brunâtre s'entrecroisant assez régulièrement. Elles circonscrivent de nombreux petits îlots blancs arrondis, très distincts, séparés les uns des autres par des intervalles de 6 à 8 millimètres. Chacun de ces îlots se compose de deux zones : au centre, trois ou quatre petits éléments brunâtres, cicatriciels, à épiderme finement

plissé, vestiges de syphilides folliculaires en voie de résolution, et tout autour, anneau concentrique décoloré, assez étroit, tranchant nettement sur le fond pigmenté du cou.

Ces divers éléments s'atténuent peu à peu, et finissent par disparaître ; la malade sort le 27 mars avec une belle syphilide pigmentaire.

Observation VII (*Personnelle*).

Louise C..., 38 ans, couturière, entre le 13 décembre 1903, salle Astruc, n° 17, pour syphilis datant de six mois. Elle présente des plaques muqueuses vulvaires, une roséole généralisée, et quelques éléments papulo-squameux irrégulièrement disséminés sur le dos, la poitrine et la face interne des cuisses.

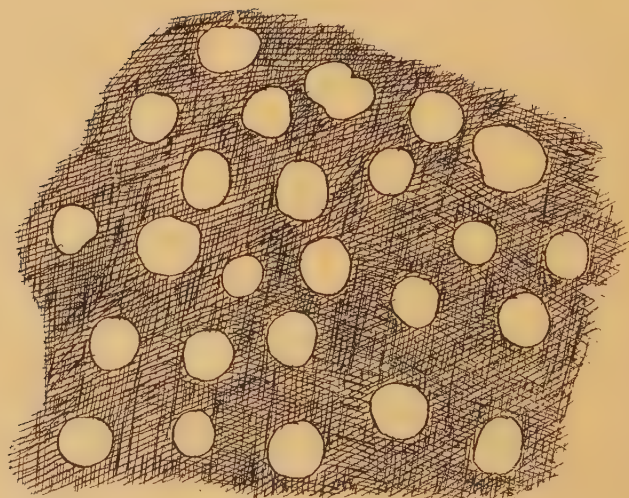
Il existe au niveau du cou, de nombreux éléments papuleux, d'un rouge sombre, légèrement squameux, de petites dimensions, entourés par des macules brunes de roséole. Le cou présente déjà un léger teint jaune par endroits.

Le 15 janvier. — On prend un calque de la partie postérieure du cou.

Cette éruption qui date de 3 mois, ne tarde pas à diminuer d'intensité ; les squames tombent, les papules deviennent lisses, luisantes, cuivrées.

Le 2 février. — La régression a fait de sensibles progrès ; l'infiltration a disparu au niveau des bords qui sont manifestement envahis par un cercle blanc grisâtre. Les macules de roséole sont presque totalement décolorées et remplacées par des îlots blancs présentant encore à leur centre, une petite tache brune. En même temps, la pigmentation s'est accusée franchement.

Le 20 février. — Ces petites taches ont disparu, laissant un cer-



OBSERVATIONS VII. — *Calques*

tain nombre d'îlots blancs très nets. Les éléments papuleux sont réduits au volume d'une lentille ; ils sont lisses, sans infiltration appréciable, brunâtres.

Au niveau de la nuque on retrouve encore la plupart des éléments du calque, mais ils sont considérablement réduits de volume, et entourés par des anneaux dépigmentés assez larges. Certains sont totalement décolorés et remplacés *in situ* dans leur forme et leurs dimensions par des macules leucodermiques, dont la pâleur tranche nettement sur la coloration jaune brunâtre de la peau, qui est maintenant très manifeste.

Sur les parties latérales, pigmentation brun crasse, massive, interrompue par des zones claires de petites dimensions, peu nombreuses, dont le centre conserve encore une macule jaunâtre.

Le 12 mars. — Toute trace d'éruption a disparu, laissant un superbe collier de Vénus à mailles larges, s'entrecroisant irrégulièrement plus accentuées sur les faces latérales, et entourant des îlots décolorés de 5 à 7 millimètres de diamètre. On dessine à l'encre le contour de ces îlots, et l'on constate au moyen du calque pris le 15 janvier, que chacun d'eux correspond exactement à un élément papuleux ou maculeux disparu, et dont il conserve la forme et les dimensions.

Observation VIII (Personnelle).

Pauline T... 23 ans, entre le 17 mars 1904, salle Astruc n° 35, pour plaques muqueuses sur la vulve et les amygdales. Elle ignore totalement le début de l'affection, l'accident initial ayant passé inaperçu.

Elle présente une roséole très intense sur le dos, la poitrine et les membres supérieurs.

Au niveau du cou, nombreuses macules rosées, arrondies, de 6 à 8 millimètres de diamètre, irrégulièrement disséminées, mais surtout abondantes sur la face postérieure.

Le 18 mars. — On prend un calque bien repéré de la nuque avec tous les éléments éruptifs que l'on dessine à l'encre pour les rendre plus apparents. Pas de syphilide pigmentaire à cette date, mais un aspect un peu brun du cou dans son ensemble.

Les jours suivants, on voit apparaître sur le dos et les membres supérieurs de nombreux éléments de syphilides folliculaires, groupés par endroits, d'un rouge clair, et légèrement squameux.

Sur le cou, un certain nombre de taches rosées se résorbent et sont remplacées *in situ*, par de petits éléments folliculaires, séparés les uns des autres.

Le 28 mars. — L'éruption commence à s'atténuer; le centre des éléments de roséole devient bronzé, finement plissé et s'entoure d'une zone de légère décoloration de 1 millimètre de large.

Le 10 avril. — Les groupes de syphilides folliculaires composés de trois à quatre éléments, sont devenus cicatriciels cuivrés et occupent le centre d'une petite macule d'un blanc grisâtre qui entoure les follicules malades. Sur les faces latérales on retrouve encore de nombreux éléments de roséole, réduits aux dimensions d'une lentille, d'un beau rouge cuivre, entourés d'une zone décolorée. En même temps le cou présente un teint jaune chamois très net, et lorsqu'on examine la malade à une certaine distance, on voit se dessiner autour des éléments éruptifs, une sorte de dentelle à mailles assez régu-

lières. Sur ce fond, se détachent des ilots dont la pâleur est encore rendue plus évidente par la pigmentation périphérique ; ils sont de petites dimensions et présentent encore un élément brunâtre, légèrement saillant, d'aspect cicatriciel, qui en occupe le centre.

Le 18 avril. — Toute trace d'éruption a disparu, laissant un collier de Vénus type qui entoure tout le cou, sans empiéter sur les régions voisines, mais surtout prononcé au niveau des faces latérales, et de la nuque.

Observation IX (*Personnelle*).

Claire R..., 16 ans, domestique, entre le 13 février 1904, salle Astruc, n° 1. Elle a été soignée une première fois à Broca pour syphilis en décembre 1903.

Il existe sur la grande lèvre droite, nettement infiltrée, une ulcération du volume d'une pièce de 50 centimes, à bords non décollés, suintant légèrement, et dont le fond est recouvert d'un enduit grisâtre.

Au niveau du creux poplité gauche, il existe aussi une ulcération recouverte d'une croûte brunâtre, à pourtour rouge et infiltré, reposant sur une base dure. Le fond est irrégulier et les bords saillants, mais pas nettement décollés, laissent sourdre un peu de pus mal lié.

Le 18 février. — On fait une inoculation sur la paroi abdominale avec le pus de l'ulcération vulvaire : résultat négatif. Une deuxième inoculation est faite avec le pus de l'ulcération poplitée ; cette fois on obtient une légère tuméfaction d'un rouge clair, bientôt suivie d'une ulcération superficielle.

De plus la malade présente des plaques muqueuses sur les

amygdales, des maux de tête violents qui l'empêchent de dormir et sur le corps quelques éléments de roséole en voie de résolution.

Au niveau du cou, il existe un certain nombre de macules de petites dimensions, dont le centre est brunâtre, tandis que la périphérie plus claire, à épiderme finement plissé, forme tout autour une couronne très distincte de 1 à 2 millimètres.

Dans les régions sus-claviculaires, 4 à 5 éléments papulo-squameux, d'un rouge sombre, présentant quelques fines squames. Les jours suivants l'éruption s'atténue de plus en plus, tandis que la zone décolorée qui entoure les éléments s'étend progressivement vers le centre, et réduit leurs dimensions.

Le 10 mars. — On constate l'aspect suivant : le cou est d'un jaune chamois clair, tranchant nettement sur le teint pâle des régions voisines. Sur ce fond se dessinent de nombreuses macules d'un blanc grisâtre, dont le centre est encore occupé par une tache rouge cuivre de petites dimensions.

Le 25 mars. — La plupart des éléments ont disparu ; la malade présente une syphilide pigmentaire très nette, formée d'un réseau délicat dont les mailles étroites, d'un jaune brun plus accentué sur les faces latérales, entourent des ilots blancs de 4 à 6 millimètres de diamètre.

Observation X (*Personnelle*).

Adolphine R., 24 ans, blanchisseuse, entre le 23 janvier 1904, salle Astruc, n° 23, pour chancre infectant situé au niveau du capuchon du clitoris, actuellement presque guéri. Plaques muqueuses vulvaires et violents maux de tête.

Sur le corps, roséole datant de 15 jours surtout marquée au

niveau du dos, de la poitrine et de la face interne des cuisses. Sur le cou, nombreux éléments de dimensions variables, d'un beau rouge clair, que l'on dessine à l'encre et dont on prend un calque aussi exact que possible.

Les jours suivants on constate l'atténuation progressive de l'éruption ; les diverses macules se rétrécissent, baissent de couleur, et commencent à disparaître par leur périphérie.

Le 28 février. — On reconnaît encore les taches de roséole, mais leur aspect s'est modifié ; elles ne sont plus représentées que par des zones bronzées du volume d'une lentille, finement plissées, entourées par un anneau blanc de 1 à 2 millimètres. Quelques-unes sont même totalement décolorées et remplacées par des îlots dépigmentés de mêmes dimensions.

Même aspect sur les parties latérales ; éléments en nombre variable, réduits aux dimensions d'une lentille, bronzés, et tout autour zone d'achromie plus ou moins large.

Pas encore de syphilide pigmentaire nette, mais le cou présente néanmoins un aspect légèrement sale, que la malade explique par sa toilette sommaire.

Le 29-mars. — L'éruption a presque totalement disparu ; le cou a pris un teint jaune chamois, se distinguant nettement de celui des régions voisines. La pigmentation s'accroît insensiblement au fur et à mesure que les îlots blanchâtres achèvent de se décolorer, et l'on voit se dessiner des mailles assez larges, irrégulières, d'un jaune brun, entourant des macules blanches assez nombreuses et de petites dimensions.

Le 2 avril. — On remet le calque en place, et il est facile de constater que les divers éléments qui y sont dessinés, correspondent exactement comme forme et comme dimensions aux taches dépigmentées. Actuellement il existe encore çà et là quelques

rare macules d'un rouge clair, très atténuées, mais pourtant faciles à reconnaître quand on y regarde de près, et occupant le centre de l'îlot clair. Un collier de Vénus type s'est donc constitué sous nos yeux.

Observation XI (*personnelle*).

Marie R..., 18 ans, couturière, entre le 12 janvier 1904, salle Van Swieten, n° 7, pour blennorrhagie et végétations très nombreuses. Elle a été soignée à Saint-Louis pour plaques muqueuses vulvaires.

Il existe de nombreux éléments de roséole de 4 à 6 millimètres de diamètre, disséminés sur tout le corps. Pendant son séjour, on voit apparaître un certain nombre de groupes de syphilides folliculaires, sur le dos, le cou et les membres supérieurs.

Le 28 janvier. — La roséole a subi une nouvelle poussée ; un certain nombre d'éléments sont devenus papuleux, rouge chair musculaire, à bords saillants et infiltrés, légèrement squameux. On prend un calque de la partie postérieure du cou sur lequel on dessine l'éruption.

Celle-ci persiste longtemps, malgré le traitement ; ce n'est que vers le 18 février qu'elle commence à s'atténuer.

Sur le cou l'aspect s'est peu modifié ; seules les macules se sont rétrécies, leur coloration a viré du rose au rouge cuivre clair au centre, tandis que la périphérie se confond insensiblement avec les régions voisines.

Le 2 mars. — Ces macules ont à peu près disparu et sont remplacées par des zones plus claires marquées la plupart d'un point brunâtre central du volume d'une tête d'épingle. Les papules et les follicules malades sont en voie de résolution ; les

squames ont disparu laissant une surface lisse, bronzée, dont les bords s'aplatissent baissent de couleur, et s'entourent d'un liseré blanc de 1 millimètre de diamètre.

Le 20 mars. — Le cou prend un aspect plus foncé, exagéré par le teint blanc rosé très prononcé de la malade qui est blonde et robuste. Sur ce fond se détachent des îlots décolorés, de petites dimensions, les uns dépourvus de toute éruption, tandis que d'autres possèdent encore une petite zone lenticulaire, rouge brunâtre. Ça et là quelques groupes formés de 3 ou 4 éléments folliculaires, très atténués, cicatriciels, occupant le centre d'un îlot clair.

Le 12 avril. — Toute éruption a disparu, laissant une série de lunules hypopigmentées, assez nombreuses. Elles sont séparées les unes des autres par des intervalles de 5 à 6 millimètres, d'un jaune chamois clair, qui en se réunissant, dessinent un réseau délicat, assez régulier sur les faces latérales du cou, plus estompé en avant.

Observation XII (*personnelle*)

Marié B ..., 30 ans, entre le 1^{er} décembre 1903, salle Astruc n° 20, pour plaques muqueuses sur la vulve et les amygdales. Chancre induré sur la petite lèvre droite, il y a deux mois.

Elle présente une roséole à tendance papuleuse, disséminée sur tout le corps, et en particulier sur le cou, formée d'éléments d'un rouge clair, la plupart assez larges et irrégulièrement arrondis.

Le 8 décembre. — On prend un calque de la partie postérieure du cou; aucune trace de syphilide pigmentaire à cette époque.

Les jours suivants, l'éruption augmente d'intensité, un certain nombre d'éléments s'infiltrant, leurs bords deviennent saillants et se transforment en plaques papulo-squameuses de 6 à 7 millimètres de diamètre.

L'éruption reste longtemps stationnaire malgré le traitement, seules les macules rosées disséminées sur le dos et la poitrine, disparaissent le 20 janvier sans laisser de traces.

Le 10 février. — L'aspect du cou s'est modifié ; les plaques cutanées sont en pleine régression, leurs bords s'effacent et ne forment plus qu'un relief insignifiant. Leur coloration a viré du rouge clair au rouge cuivre sombre, présentant son maximum d'intensité au centre, et s'atténuant insensiblement vers la périphérie. Il n'y a pas encore de coloration pigmentaire nette, mais un aspect un peu brun du cou dans son ensemble.

Le 25 février les divers éléments se sont rétrécis, et ne sont plus représentés que par des îlots bronzés, sans aucun relief du volume d'une lentille, à épiderme finement plissé. Ils sont entourés par une zone de légère décoloration de 2 millimètres de large dont la pâleur tranche sur le teint jaune blanc du cou.

Au niveau de la nuque, teint jaune chamois moins marqué que sur les parties latérales. Sur ce fond se dessinent des îlots blancs, irréguliers de 6 à 7 millimètres de diamètre, présentant presque tous à leur centre de petites macules cuivrées dont les dimensions ne dépassent guère le volume d'une tête d'épingle. Sur les côtés du cou même aspect mais beaucoup plus foncé, surtout vers la partie inférieure où existe une pigmentation brun crasse à peu près uniforme entourant des lunules blanches, peu nombreuses, lenticulaires.

Dans la région sus-claviculaire 5 à 6 macules de plus fortes dimensions, très irrégulières. Dans la région sous-maxillaire

pigmentation moins prononcée, dessinant d'étroites mailles entourant des ilots décolorés du volume d'une pièce de 50 centimes.

Le 10 mars toute trace d'éruption a disparu, laissant un superbe collier de Vénus, dont les anneaux blancs correspondent exactement ainsi que le montre l'ancien calque aux divers éléments qui composaient l'éruption.

Observation XIII (*Personnelle*).

Lucie V... 18 ans, couturière, blonde, entre le 14 mars 1904, salle Van Swieten, n° 9, pour plaques muqueuses sur la vulve et les amygdales.

Elle a été soignée à Broca en octobre 1903 pour blennorrhagie et chancre infectant situé au niveau de la fourchette. En novembre 1903 roséole très intense disséminée sur tout le corps et en particulier sur le cou ; la malade a remarqué quelques temps après qu'elle avait de gros boutons rouges, absolument indolores, sur le dos, les bras et le cou.

A son entrée le 14 mars, elle présente sur la grande lèvre gauche, un noyau induré du volume d'une noisette, reste probable d'une bartholinite en voie de résolution et des plaques muqueuses dans la région clitoridienne. Induration manifeste au niveau de la fourchette, siège de l'accident initial, ganglions inguinaux énormes, roulant sous le doigt, légèrement douloureux à la pression.

Sur le cou il existe un collier de Vénus superbe formé de traînées brunâtres, surtout prononcées au niveau des parties latérales, et présentant 5 à 6 millimètres de large.

Elles s'enchevêtrent, s'entrecroisent capricieusement et for-

ment dans leur ensemble un réseau fortement pigmenté, qui va se perdre insensiblement sur la partie supérieure du dos et de la poitrine.

Sur ce fond gris sale foncé, rendu plus net encore par le teint pâle de la malade qui est très blonde, se détachent des îlots assez nombreux de dimensions très variables d'un blanc laiteux.

En avant, les mailles du réseau sont fines, délicates, plus claires et très irrégulières; elles entourent des zones achromiques de fortes dimensions, mais peu nombreuses, dont l'une située dans la région sus-sternale ressemble à une large tache de vitiligo.

Sur la face postérieure du cou, la pigmentation est moins marquée; les mailles brunes y sont plus estompées, plus floues, et se terminent graduellement vers le milieu de l'espace interscapulaire.

La plupart de ces lunules blanches présentent encore à leur centre de petits éléments dont le volume varie d'une tête d'épingle à une petite lentille. Leur couleur rosée par endroits, varie ailleurs du rouge cuivre clair au bronzé; un certain nombre sont légèrement saillants et présentent l'aspect de syphilides folliculaires, surtout au niveau de la partie supérieure de la poitrine. D'autres sont lisses, maculeux, sans aucun relief, luisants, et lorsqu'on les examine à la loupe, il est facile de constater à leur niveau un fin plissé épidermique que l'on ne retrouve plus au niveau des régions pigmentées.

Sous l'influence du traitement, la malade étant soumise aux injections d'huile grise, ces lésions s'atténuent, pâlissent, se rétrécissent, progressivement envahies par l'anneau périphérique d'un blanc éclatant qui s'élargit à leurs dépens. Le 2 avril, la malade sort; toute trace d'éruption a disparu.

Observation XIV (*Personnelle*).

Maria B., 22 ans, déformeuse, entre le 19 mars 1904, salle Astruc, n° 12. Elle a été soignée une première fois en janvier 1904 pour une syphilis datant de plusieurs mois.

Elle présentait à cette époque une roséole assez intense, à tendance papuleuse, irrégulièrement disséminée sur tout le corps.

La malade sort le 2 février pour revenir le 19 mars dans un état lamentable : gale phthyriase et vérole se sont donné rendez-vous pour couvrir le corps d'une éruption polymorphe, impétigineuse par endroits, notamment sur le cuir chevelu. Aussi est-il fort difficile de faire la part respective à chacune de ces diverses causes.

On nettoie la malade, et le 25 mars il est plus facile d'apprécier les caractères de l'éruption. Il existe sur tout le corps de nombreux éléments revêtant, sur le dos et la poitrine, l'aspect de syphilides folliculaires, Sur le cou, le dos et la région axillaire, il existe des éléments à bords saillants et squameux, entourés par des macules bronzées de roséole en voie de résolution.

La région cervicale présente un aspect brunâtre surtout marqué au niveau des faces latérales, s'atténuant insensiblement vers la partie supérieure du dos et de la poitrine. Sur ce fond se détachent de nombreux éléments, d'un rouge chair musculaire, séparés les uns des autres par des intervalles de 6 à 8 millimètres.

On prend un calque de la région latérale droite du cou, sur lequel on dessine l'éruption.

Le 10 avril.— Celle-ci commence à pâlir ; les divers éléments s'affaissent, perdent leurs squames et deviennent brunâtres. En même temps ils sont envahis par un anneau grisâtre qui se continue insensiblement avec le teint brun sale des régions voisines.

Le 22 avril.— La zone de dépigmentation a fait de notables progrès ; elle occupe la presque totalité des éléments éruptifs, réduits à une simple macule bronzée, lenticulaire. Celle-ci diminue peu à peu, devient grisâtre puis rosée et finit par disparaître totalement le *30 avril*,

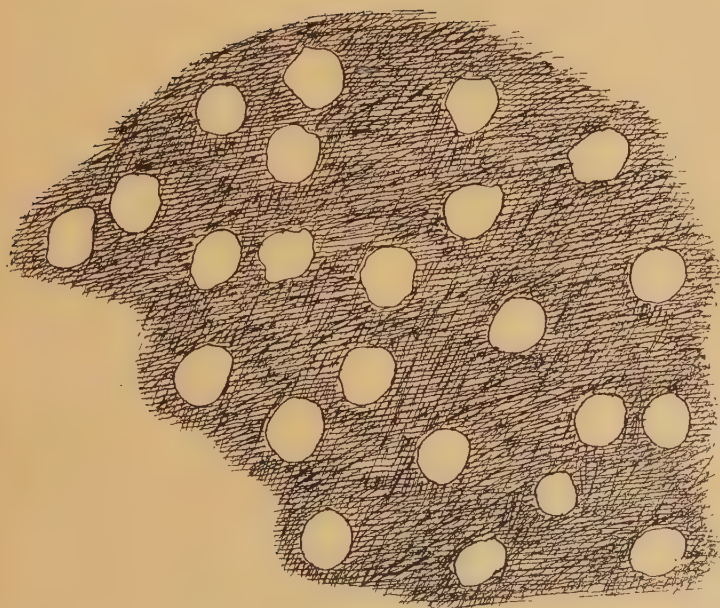
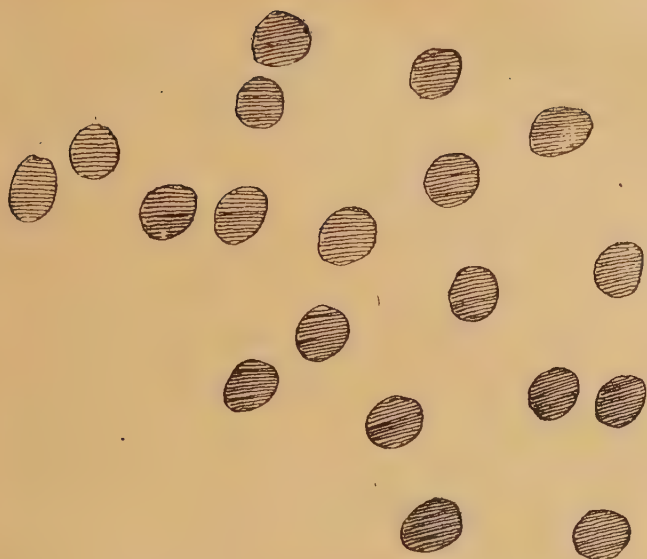
La malade présente une belle syphilide pigmentaire dont les mailles larges de 6 à 8 millimètres entourent des îlots blancs qui occupent exactement la place des anciens éléments.

Observation XV (Personnelle).

Léontine H..., 22 ans, blanchisseuse, entre le 29 mars 1904, salle Astruc, n° 3, pour une syphilis datant du mois de juillet 1903 Elle a été soignée à cette époque à Broca pour un chancre infectant de la petite lèvre gauche, une roséole papuleuse très intense, et des plaques sur les amygdales. Aucune syphilide pigmentaire à cette date.

A son entrée, le 29 mars, on constate de la blennorrhagie, des plaques muqueuses, et des restes rouge brun de son ancienne éruption, formant de petites taches, légèrement plissées, irrégulièrement disséminées sur tout le corps.

Sur le cou, nombreux éléments de roséole, très atténués, du volume d'une grosse lentille, plus ou moins arrondis. Ils sont séparés les uns des autres par des intervalles de 10 à 15 milli-



OBSERVATION XV. — *Calques*

mètres ; quelques-uns sont beaucoup plus rapprochés et semblent vouloir se fusionner. A leur niveau, l'épiderme est finement plissé, et présente un léger degré d'infiltration, indiquant qu'il y a eu là, des lésions organisées assez intenses. Leur coloration brune au centre, s'atténue vers les bords qui s'estompent et deviennent d'un blanc rosé.

L'éruption est très atténuée sur la nuque et la face antérieure du cou, où l'on ne rencontre que quelques macules peu appréciables. Sur la face latérale droite, une vingtaine de taches bronzées, à pourtour légèrement décoloré, disposées sans ordre, se détachent franchement sur le fond jaune chamois de la région rendu plus évident par le teint blanc pâle de la malade qui est blonde.

On dessine ces éléments à l'encre pour permettre d'en prendre un calque aussi exact que possible.

Sur le côté latéral gauche, teint jaune sale plus marqué, mais n'occupant que la partie inférieure de la région sur lequel se détachent dix à douze éléments, éloignés les uns des autres, à pourtour plus clair.

Le 16 avril. — L'éruption a pâli ; les macules sont réduites au volume d'un petit pois, de couleur rosée ; tout autour zone de 1 à 2 millimètres, d'un blanc grisâtre, rendue plus apparente par l'aspect jaune foncé du cou qui s'est légèrement accentué.

Le 24 avril. — Toute trace d'éruption a disparu, laissant un collier incomplet, ouvert en avant, très net sur les faces latérales, s'atténuant en passant sur la face postérieure du cou où il cesse d'être distinct. L'ancien calque montre nettement que les îlots blancs occupent la place des éléments de roséole.

Observation XVI (*Personnelle*).

Rose G..., 50 ans, journalière, entre le 13 août 1903, salle Astruc, n° 21, pour une syphilis dont le début a passé inaperçu. Elle a eu treize enfants nés vivants et à terme dont neuf sont morts en bas âge ; une quatorzième grossesse s'est terminée à trois mois par un avortement.

Elle présentait à son entrée des plaques muqueuses sur les amygdales, ainsi qu'une roséole papuleuse disséminée sur tout le corps. Sur le cou, l'éruption était remarquable par le nombre et le volume de ses éléments. On soumet la malade aux injections d'huile grise.

Le 10 novembre 1903. — Nous voyons la malade pour la première fois ; il existe sur tout le corps de nombreuses taches brunes, la plupart assez volumineuses, reliquats de l'éruption antérieure.

Le cou est parsemé de nombreux éléments du volume d'une pièce de 20 à 50 centimes et plus. Leur centre est saillant, lisse, d'un rouge sombre, tandis que les bords s'étalent, deviennent irréguliers, festonnés et se décolorent peu à peu. Certains ont des contours polycycliques et semblent formés par la superposition de plusieurs îlots arrondis, dont les parties communes se seraient fusionnées.

Ces éléments sont assez régulièrement disposés et séparés les uns des autres par des intervalles de 5 à 7 millimètres.

L'éruption surtout intense au niveau de la nuque s'atténue à mesure qu'elle gagne la face antérieure du cou. Aucune trace de syphilide pigmentaire à cette date.

Le 18 novembre. — Le centre des éléments présente encore

une légère saillie brunâtre qui se continue insensiblement avec une deuxième zone beaucoup plus claire représentant le pourtour des anciennes papules en voie de guérison.

Le 29 novembre. — Le cou prend dans son ensemble un aspect un peu brun, rendu plus apparent par un anneau blanc rosé qui entoure les divers éléments. Ceux-ci diminuent de volume, envahis par la zone de dépigmentation qui s'accroît à leurs dépens.

Le 10 décembre. — La pigmentation du cou s'est accentuée ; sur ce fond jaune sale se dessinent de nombreux îlots, de volume variable, présentant deux zones distinctes. Au centre, macule cuivrée de petite taille, finement plissée, et tout autour anneau plus ou moins large dont la blancheur ressort vivement sur la pigmentation voisine.

L'anneau grandit peu à peu et finit par envahir la totalité des éléments qui disparaissent le 23 décembre, laissant un collier de Vénus type.

Observation XVIII (Personnelle).

Berthe P..., 19 ans, couturière, entre le 1^{er} mars 1904 salle Van Swieten, n° 24, pour blennorrhagie. Elle a été soignée une première fois à Broca en décembre 1903 pour une syphilis datant de 3 mois.

Elle présente de nombreuses plaques hypertrophiques sur la face interne des cuisses, la région péri-anaïe et les grandes lèvres, ainsi qu'une roséole en voie de résolution, particulièrement intense sur le dos, la poitrine, les bras et les cuisses.

Au niveau du cou, nombreux éléments arrondis présentant 5 à 6 millimètres de diamètre, de couleur rouge sombre. A l'aide

du verre bleu, on dessine à l'encre, les diverses macules pour les rendre plus appréciables et l'on prend un calque.

Les jours suivants, l'éruption s'efface de plus en plus, devient cuivrée au centre, tandis que la périphérie se décolore, devient grisâtre, et se confond insensiblement avec la peau des régions voisines. Celle-ci présente déjà un aspect légèrement brun par endroits.

Le 18 mars. — La pigmentation du cou s'est accentuée; elle est d'un jaune sale bien différent du teint pâle de la malade. Elle permet déjà de reconnaître, lorsqu'on examine attentivement le cou à une certaine distance, une ébauche de réseau à mailles diffuses et irrégulières. Sur ce fond, ressortent nettement les macules de roséole la plupart composées de deux zones; l'une centrale jambonnée, présentant un léger plissé épidermique; l'autre périphérique beaucoup plus pâle, lui formant une collerette d'un blanc grisâtre.

Le 26 mars. — L'atténuation des macules se complète progressivement; leur pourtour se décolore de plus en plus, tranche plus vivement sur le fond jaune brun du cou, tandis que la partie centrale baisse en couleur et se rétrécit au fur et à mesure que la zone périphérique décolorée s'agrandit.

Le 12 avril. — Toute trace d'éruption a disparu; la malade présente un collier de Vénus type occupant toute la région cervicale; il empiète légèrement sur la première pièce sternale où il se termine insensiblement.

On dessine à l'encre les lunules décolorées, et l'on remet le calque en place, au moyen des points de repère. Celui-ci montre la parfaite superposition des lésions: les taches blanches occupent la place des macules rosées.

Observation XVIII (*Personnelle*).

Angèle R..., 21 ans, couturière, entre le 18 mars 1904, salle Van Swieten, n° 18, pour syphilis et blennorrhagie.

Elle ignore la date de l'accident initial, qui a totalement passé inaperçu ; elle a seulement remarqué que ses cheveux et ses sourcils tombaient en même temps qu'apparaissaient des taches rouges, sur la poitrine d'abord, pour s'étendre ensuite sur tout le corps et le cou.

Elle présente à son entrée, des plaques muqueuses vulvaires, ainsi qu'un superbe collier de Vénus. Il occupe en avant, toute la région comprise entre le maxillaire inférieur, et la région sterno-claviculaire. La pigmentation est surtout intense au niveau de la région sus-hyoïdienne où l'on remarque de larges mailles d'un brun crasse, s'entrecroisant irrégulièrement et entourant des macules leucodermiques de faibles dimensions.

Au fur et à mesure que l'on se rapproche du sternum, les mailles du réseau s'espacent, deviennent plus étroites et circonscrivent des zones blanches plus volumineuses, irrégulières, à bords festonnés.

Sur la région latérale gauche, teint foncé plus uniforme, plus massif, sur lequel se dessinent de petites lunules décolorées.

Sur la nuque, les mailles du réseau deviennent plus ténues, moins accentuées, et entourent des îlots clairs plus nombreux et assez larges, empiétant sur la partie supérieure de la région dorsale. Même aspect sur le côté latéral droit.

Ce qu'il y a surtout d'intéressant dans cette observation et qui confirme pleinement notre opinion c'est l'aspect particulier de sa syphilide pigmentaire qui de prime abord pourrait être

considérée comme primitive si la malade était moins affirmative sur son éruption antérieure. Mais lorsqu'on y regarde de près, on remarque aussitôt, que chacun des îlots blancs présente à son centre une macule gris rosé surtout visible à jour frisant et dont les dimensions ne dépassent pas celle d'une forte tête d'épingle. En se servant de la loupe, cette petite tache centrale, se distingue encore plus nettement par son fin plissé épidermique, de la zone décolorée.

On remarqué en outre, chez cette malade, au niveau de la région dorso-lombaire, une pigmentation très prononcée, d'un brun noirâtre, dessinant une dentelle assez régulière dont la large trame entoure de nombreux éléments arrondis, décolorés ayant les dimensions d'une pièce de 20 centimes.

Elle est surtout prononcée sur la ligne médiane et s'étend depuis l'angle inférieur de l'omoplate, jusqu'à la partie supérieure de la région fessière.

Même aspect sur les parties latérales de la paroi abdominale, la région axillaire et la face interne des cuisses ; il existe à ce niveau une pigmentation très prononcée, entourant un certain nombre d'éléments cicatriciels.

Le 25 mars. — On commence une série d'injections d'huile grise ; les jours suivants les petites macules centrales s'atténuent de plus en plus pour disparaître complètement le 10 avril.

Observation XIX (*Personnelle*).

Marie L. 21 ans, domestique, entre le 29 mars 1904, salle Astruc, n° 11, pour syphilis et blennorrhagie. Elle a été soignée une première fois à Broca en décembre 1903 pour chancre induré de la vulve.

Elle présente, sur la face interne des cuisses, un certain nombre de taches brunâtres, légèrement infiltrées, vestiges de plaques papulo-squameuses de fortes dimensions, ainsi qu'une roséole papuleuse en voie de résolution.

Sur le cou, l'éruption est particulièrement abondante ; elle est formée d'éléments assez régulièrement arrondis, ayant 5 à 6 millimètres de diamètre, et composés de deux zones distinctes. Au centre, macules dont la couleur varie du rouge cuivre au brun foncé, lenticulaires, nettement infiltrées ; tout autour zone concentrique plus claire de deux millimètres au moins de diamètre. Ces îlots décolorés ressortent d'une façon intense sur le fond brun crasse de la peau du cou, surtout accentué au niveau de la nuque.

Sur le côté latéral droit, la pigmentation est moins accusée et descend obliquement de l'angle du maxillaire inférieur vers la clavicule où elle se termine en s'effilant, laissant intacte la partie supérieure de cette région. Au niveau de la région sus-claviculaire, on remarque une large macule jambonnée, lisse, sans relief appréciable, du volume d'une pièce de un franc. Tout autour, éléments plus petits bronzés à pourtour décoloré.

Même aspect sur le côté latéral gauche : éléments d'un rouge brun, entourés par une série d'anneaux blancs, séparés les uns des autres par des intervalles de 6 à 7 millimètres.

Le 16 avril. — Les zones décolorées se sont élargies aux dépens des éléments centraux, représentés par une petite macule d'un rouge clair. Celle-ci disparaît complètement le 24 avril, laissant un collier de Vénus type, ayant la forme d'un croissant, dont les deux extrémités se terminent vers le milieu de la région claviculaire.

Observation XX (*Personnelle*).

Marie B..., 30 ans, femme de chambre, entre le 28 mai 1903, salle Astruc, n° 40, pour syphilis. Elle a été soignée à Turin en septembre 1902, pour chancre infectant de la petite lèvre droite, par des injections de salicylate de mercure.

À son entrée le 28 mai on constate des plaques muqueuses vulvaires, des ganglions inguinaux très développés, ainsi qu'une roséole papuleuse très intense, irrégulièrement disséminée sur tout le corps. Elle est formée d'éléments arrondis, de dimensions très variables, si nombreux par endroits qu'ils deviennent presque confluents. Ça et là, quelques éléments papulo-squameux de forte taille sur le dos, la poitrine et les bras.

Au niveau du cou, les papules sont très nombreuses; elles sont disposées sans ordre, présentent 5 à 6 millimètres de diamètre, et se réunissent par endroits, pour former des groupes de 4 à 5 éléments, séparés par quelques millimètres d'intervalle. Aucune trace de syphilide pigmentaire à cette date. La malade est soumise aux injections d'huile grise.

L'éruption reste stationnaire pendant longtemps, malgré le traitement spécifique; de plus, la malade se plaint de violents maux de tête, survenant par accès et qui persistent depuis deux mois.

C'est au mois d'octobre 1903 que nous voyons la malade pour la première fois.

L'éruption persiste encore, mais elle s'est profondément modifiée; les papules ne forment plus aucun relief, et sont représentées par des taches assez régulièrement arrondies, composées de deux zones distinctes. Au centre, il existe une macule brunâtre

du volume d'une lentille, dont les contours mal définis se continuent insensiblement avec une deuxième zone périphérique d'un blanc grisâtre.

Le cou présente déjà un aspect jaune sale très prononcé, rendu plus appréciable par le teint blanc mat de la malade qui est blonde et fortement anémiée.

Les jours suivants, l'éruption s'atténue de plus en plus; la tache centrale se rétrécit graduellement, se décolore, pendant que la zone blanche s'accroît parallèlement. En même temps, la pigmentation du cou s'accroît et le 8 décembre, la malade se voit affligée d'un beau collier, qui fait son désespoir; tout élément éruptif a disparu.

Observation XXI (*Personnelle*).

Louise D..., 23 ans, couturière, entre le 8 avril 1904, salle Van Swieten, n° 28, pour une syphilis dont le début a passé inaperçu.

Elle présente des plaques muqueuses vulvaires, ainsi qu'une roséole discrète, à tendance papuleuse.

Le cou présente déjà un aspect jaune brun très manifeste; sur ce fond se détachent de petits éléments cuivrés, arrondis, légèrement infiltrés, surtout nombreux au niveau de la nuque. Ces divers éléments sont en pleine régression, leurs bords sont diffus, estompés et sont déjà envahis par une zone de décoloration de 1 millimètre de diamètre.

La malade est soumise aux injections d'huile grise. Les jours suivants l'éruption s'atténue de plus en plus, en même temps que la pigmentation s'accroît fortement.

Le 20 avril. — Les parties latérales du cou présentent un

aspect brun sale massif, sur lequel se dessinent un certain nombre d'îlots d'un blanc éclatant, de petite taille, ayant encore presque tous à leur centre un reste rouge cuivre de papule.

Sur la face postérieure du cou, les îlots sont plus nombreux, plus irréguliers ; un certain nombre ont des contours polycycliques indiquant la confluence des éléments, qui du reste, sont encore représentés par des macules brunes.

En avant la pigmentation s'atténue insensiblement pour s'arrêter au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien.

Le 30 avril. — Toute trace d'éruption a disparu laissant une belle syphilide pigmentaire.

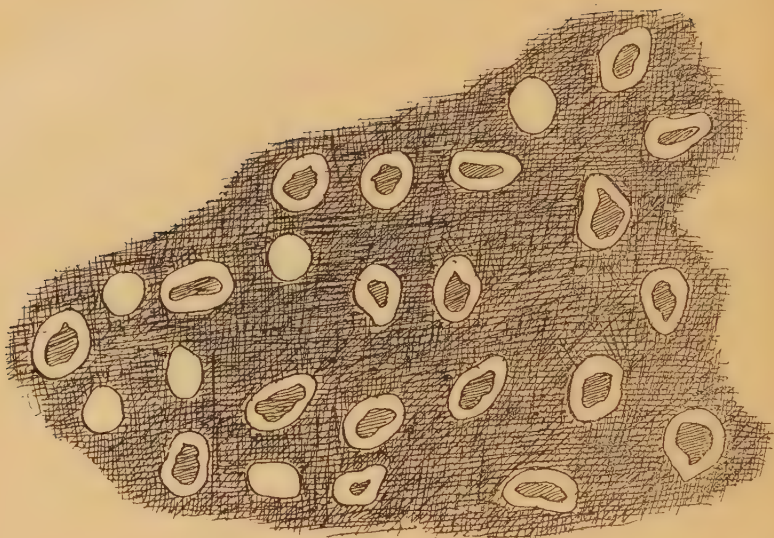
Observation XXII (*Personnelle*).

Lucie H., 25 ans, entre le 2 avril 1904, salle Van Swieten, n° 23, pour une syphilis dont le début a passé inaperçu. Elle présente un noyau de bartholinite en voie de résolution, un col volumineux avec ulcérations banales de métrite, des plaques muqueuses sur les amygdales, ainsi qu'une atrophie considérable du membre inférieur gauche, conséquence d'une paralysie spinale infantile.

Il existe en outre depuis trois semaines, une roséole à tendance papuleuse, très intense sur le dos, la région lombaire, les fesses, la poitrine et l'abdomen ; les membres sont à peu près intacts.

Çà et là, quelques éléments papulo-squameux sur le dos et la poitrine.

Le cou présente un aspect jaune chamois très net ; sur ce fond se dessinent de nombreux éléments arrondis, de petite taille, nettement infiltrés.



Ils sont d'un rouge clair, et leurs dimensions varient du volume d'une lentille à celui d'une pièce de 20 centimes ; un certain nombre sont infectés et recouverts de croûtes jaunâtres.

On soumet la malade aux injections d'huile grise. Sous l'influence du traitement l'éruption se modifie ; les papules s'aplatissent, leurs bords s'affaissent et commencent à se décolorer, tandis que leur centre devient brunâtre. Peu à peu on voit apparaître un fin liseré grisâtre qui entoure chaque élément, et s'accroît à ses dépens.

Le 20 avril. — La pigmentation du cou s'est fortement accentuée ; elle est d'un jaune sale, d'autant plus net que la malade est pâle et très blonde. Elle est interrompue çà et là par des îlots en nombre variable, assez régulièrement disposés, formés d'une macule centrale brune, entourée par un anneau blanc. Cet anneau grandit, et finit par occuper exactement la

place de la papule qui disparaît le 20 avril, laissant un collier de Venus type, très accentué sur les parois latérales du cou, et la nuque, à peine ébauché en avant.

Observation XXXII (*Personnelle*).

Louise C. . 18 ans, mécanicienne, entre le 18 février 1904, salle Astruc n° 9, pour une syphilis soignée en décembre 1903 à Van Swieten.

L'accident initial a passé inaperçu ; elle présente des plaques muqueuses vulvaires, des ganglions inguinaux volumineux, ainsi qu'une roséole disséminée sur tout le corps.

Sur le cou il existe de nombreuses macules bronzées du volume d'une grosse lentille, irrégulièrement disséminées, reposant sur un fond jaune brun. La malade est soumise aux injections d'huile grise.

Le 1^{er} mars. — L'éruption s'est fortement atténuée, les petites macules sont devenues cuivrées ; leurs bords beaucoup plus diffus s'effacent et sont envahis par une zone blanche de 1 millimètre de diamètre, qui s'étend progressivement de la périphérie vers le centre. Cet anneau blanc est encore rendu plus apparent par la pigmentation générale du cou, qui de jaune brun est devenue brun sale. Peu à peu les macules brunes se rétrécissent, se plissent, perdent leur pigment et finissent par disparaître le 18 mars, laissant à leur place une belle tache blanche.

Un collier de Vénus type s'est donc constitué sous nos yeux ; il descend en avant jusque sur la première pièce sternale, et atteint son maximum d'intensité au niveau des faces latérales du cou.

Observation XXIV (*Personnelle*).

Marie C... 18 ans, couturière, entre le 6 avril 1904, salle Van Swieten, n° 30, pour une syphilis datant du mois d'août 1903. Elle a été soignée pendant deux mois à Saint-Louis en septembre 1903.

Elle présente à son entrée, des plaques muqueuses vulvaires, ainsi qu'une bartholinite gauche, ouverte spontanément par deux ulcérations en voie de cicatrisation, de la métrite et des cicatrices brunâtres de plaques cutanées, sur la face interne des cuisses.

Il existe en outre, sur tout le corps, des traces de roséole en voie de résolution et quelques éléments papulo-squameux, de petites dimensions, irrégulièrement disséminés.

Le cou présente, surtout sur sa face antérieure, un teint jaune sale sur lequel se détachent des éléments papuleux de petite taille, dont 5 à 6 se groupent au niveau de la région sous-maxillaire gauche pour former un placard présentant le volume d'une pièce de 2 francs.

Tout autour, éléments plus petits, disposés sans ordre, dont le centre légèrement saillant d'un rouge sombre, est entouré par un anneau blanc grisâtre de 1 millimètre au moins.

La pigmentation s'atténue en passant sur les faces latérales du cou, et disparaît ou du moins cesse d'être appréciable au niveau de la nuque.

Sur le côté gauche, on remarque une trentaine d'éléments, du volume d'une grosse lentille, arrondis, à épiderme finement plissé et dont la coloration rouge clair pâlit à mesure qu'on s'éloigne du centre.

Même aspect sur le côté droit ; mais les éléments y sont moins nombreux. La malade est soumise aux injections d'huile grise. Les jours suivants, l'éruption s'atténue, pâlit et l'on assiste à la formation d'un anneau blanc qui entoure la petite papule dont le volume se réduit à mesure que la zone de dépigmentation s'élargit concentriquement.

Le 29 avril. — Toute trace d'éruption a disparu, laissant une belle syphilide pigmentaire.

Observation XXV (*Personnelle*).

Maria C., 22 ans, couturière, très blonde, entre le 12 avril 1904, salle van Swieten, n°4, pour une syphilis datant du mois de mai 1903. Elle a été soignée en juillet 1903, à Broca, pour végétations et plaques muqueuses vulvaires.

Le 15 août. — On note une éruption très confluyente, disséminée sur tout le corps et en particulier sur le cou où les éléments sont arrondis, du volume d'une grosse lentille et tendent à devenir papuleux.

A son entrée, le 12 avril 1904, elle présente des plaques muqueuses vulvaires et de nombreuses macules de roséole, datant de plus de deux mois. Au dire de la malade, cette éruption apparaît pour la deuxième fois, et devait être très intense, à en juger par les traces qu'elle laisse encore sur tout le corps.

Sur le cou, il existe un aspect jaune chamois, plus marqué au niveau de la face antérieure ; cette pigmentation s'atténue insensiblement en passant sur les faces latérales, et disparaît au niveau de la nuque.

A considérer la malade à une distance de 50 centimètres, on

se croirait en présence d'une ébauche de collier en voie de constitution, apparaissant spontanément, sans éruption antérieure, à ce niveau.

Mais notre attention a été tout particulièrement attirée par certaines macules qui à jour frisant trahissent leur présence par leur aspect gris rosé, et surtout par un fin plissé épidermique, très net à la loupe. Lorsqu'on examine le cou de la malade attentivement, on arrive ainsi à en découvrir un grand nombre présentant toutes la même forme, et dont le volume atteint celui d'une grosse lentille.

Elles ont un contour très net, ondulé, et leur surface présente un fin plissé épidermique si distinct de la peau voisine, qu'à lui seul il permettrait d'affirmer une lésion antérieure. Du reste, leur coloration rosée, virant au blanc grisâtre, se distingue facilement du teint jaune des régions voisines, et permet d'être plus catégorique encore.

Le 20 avril. — La pigmentation s'est accentuée ; elle prend l'aspect de la crasse, en même temps que l'on voit apparaître de petits îlots blancs assez régulièrement disposés et occupant la place exacte des petites macules.

Le 28 avril. — Le collier est définitivement constitué.

Observation XXVI (*Personnelle*).

S... 19 ans, institutrice d'allemand, entre le 20 mars 1904 salle Van Swieten, n° 6, pour blennorrhagie et plaques muqueuses sur le voile du palais et les amygdales. L'accident initial a passé totalement inaperçu.

Il existe une roséole très intense, papuleuse par endroits, formée d'éléments régulièrement arrondis, d'un rouge sombre,

disséminés sur le dos, la poitrine, l'abdomen et la face interne des cuisses.

Cette éruption date de deux mois ; elle est remarquable par son intensité sur la partie supérieure du corps et en particulier sur le cou. A ce niveau les éléments sont nombreux, ne forment aucun relief appréciable au toucher et leur couleur varie du rouge chair au rouge violacé. Ils sont assez régulièrement disposés et séparés les uns des autres par des intervalles de 6 à 8 millimètres.

Sur le côté droit du cou, on trouve deux éléments papuleux, légèrement squameux, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Le cou présente déjà un aspect brun très manifeste.

Le 22 mars. — On commence une série d'injections d'huile grise. Sous l'influence du traitement, l'éruption s'atténue ; les macules baissent de couleur, se rétrécissent par une sorte de dépigmentation périphérique. Bientôt on voit apparaître une zone claire qui entoure les macules et les envahit peu à peu.

Le 3 avril. — La pigmentation du cou s'est accentuée surtout au niveau des faces latérales. Sur ce fond hyperpigmenté ressortent nettement les anneaux blancs augmentés de volume, qui entourent les taches cuivrées à peine perceptibles.

Le 18 avril. — L'éruption a totalement disparu, sauf les deux papules droites, qui sont encore reconnaissables à leur aspect bronzé. La malade présente un superbe collier de Vénus dont les mailles brunâtres, larges de 4 à 8 millimètres, s'enchevêtrent assez régulièrement et laissent entre elles des îlots blancs de dimensions variables. Il est surtout accentué sur les faces latérales et descend en avant jusque sur le milieu du sternum.

Observation XXVII (*Personnelle*).

Eugénie E... 28 ans, domestique, entre le 8 avril 1904, salle Van Swieten, n° 29, pour plaques muqueuses vulvaires.

Elle a été soignée au mois d'août 1903 à St.-Louis, pour chancre infectant de la grande lèvre gauche. Le 10 septembre elle vient à Broca, où elle reste jusqu'au 20 janvier 1904.

On note à cette date une roséole à larges éléments, et des papules sur le dos, le cou, les cuisses et les bras. Sur le tronc, semis de taches nombreuses, presque confluentes par endroits, d'un rouge plus ou moins foncé, dont les dimensions varient du volume d'une lentille à celui d'une pièce de 50 centimes et qui donnent à la peau un aspect tigré.

Pendant son séjour, bon nombre de macules de roséole se transforment en éléments papulo-squameux, notamment sur le dos, l'épaule et les bras.

Le 8 avril. — L'éruption n'a pas encore complètement disparu ; elle est représentée par des macules de dimensions variables, à épiderme finement plissé.

Sur le cou où l'éruption a été très intense, les macules se présentent sous deux aspects différents : celles qui sont consécutives à des taches de roséole, sont cuivrées au centre, décolorées vers la périphérie, tandis que celles qui succèdent à des éléments papuleux sont brunâtres. En même temps la région cervicale prend dans son ensemble un aspect jaune sale, très manifeste.

Le 15 avril. — L'éruption pâlit de plus en plus ; les macules se rétrécissent et sont envahies par une zone de dépigmentation qui mesure déjà près de deux millimètres.

Le 28 avril. — Toute trace d'éruption a disparu au niveau du cou ; un collier de Vénus type s'est constitué sous nos yeux.

Observation XXVIII (*Personnelle*).

Alice M..., 18 ans, couturière, entre le 10 avril 1904, salle Van Swieten, n° 21, pour une syphilis datant du mois de décembre 1903.

Elle présente à son entrée, de la blennorrhagie, des ganglions inguinaux volumineux, des plaques muqueuses géantes sur le voile du palais, ainsi qu'une roséole à tendance papuleuse disséminée sur tout le corps.

Le cou présente déjà un aspect brun très manifeste, bien différent du teint blanc rosé de la malade qui est blonde et robuste.

Sur ce fond, sont disséminés de nombreux éléments du volume d'une lentille, dont le centre est saillant, rouge cuivre, tandis que les bords s'étalent, se décolorent et deviennent grisâtres.

Sur la face postérieure du cou, la pigmentation est beaucoup plus prononcée et vient se terminer insensiblement dans l'espace interscapulaire. Elle est d'un brun crasse et entoure une multitude d'îlots décolorés dont le centre présente soit une macule rouge sombre, soit un petit élément saillant rosé.

Sur les faces latérales, il n'existe pas encore d'îlots blancs très nets ; mais les divers éléments éruptifs palissent et de rouges, deviennent grisâtres vers la périphérie.

Au niveau de l'articulation acromio-claviculaire gauche, on remarque une plaque papulo-squameuse, à bords saillants et irréguliers du volume d'une pièce de un franc.

Le 18 avril. — La pigmentation du cou s'est accentuée sur

les faces latérales du cou ; en avant elle est moins marquée et s'arrête au niveau de la première pièce sternale. De plus la zone de dépigmentation a fait de notables progrès et a réduit les divers éléments éruptifs aux dimensions d'une tête d'épingle. Ceux-ci finissent par disparaître totalement le 24 avril, laissant une syphilide pigmentaire typique.

Observation XXIX (*Personnelle*).

Louise P..., 24 ans, entre le 18 avril 1904 salle Van Swieten, n° 22. Elle a été soignée à Nice en décembre 1903 pour chancre induré de la grande lèvre droite.

Elle présente à son entrée, de la blennorrhagie et une syphilide papuleuse, à éléments peu nombreux, disséminés sur le tronc et les membres. Il existe en outre des éléments papulo-squameux sur la face interne des cuisses, des plaques hypertrophiques vulvaires et des plaques muqueuses sur les amygdales.

Le cou présente un aspect jaune chamois très net, rendu plus évident encore par le teint pâle de la malade qui est très blonde.

Sur ce fond, se détachent de nombreux éléments de petites dimensions ayant au centre une petite papule rouge, à surface lisse, entourée par un anneau blanc de 1 à 2 millimètres.

Sur la face postérieure du cou, papules plus volumineuses, mais en plus petit nombre, les unes lisses et luisantes, les autres finement squameuses.

Le 20 avril. — On commence une série d'injections d'huile grise. Les jours suivants l'éruption pâlit sous l'influence du traitement ; les éléments s'affaissent, se rétrécissent, à mesure

que l'anneau blanc qui les entoure s'élargit et se substitue progressivement à eux.

Le 29 avril. — La dépigmentation est complète ; chaque élément est maintenant remplacé par une lunule blanche, à épiderme finement plissé, entouré par des mailles brunes qui s'en trecroisent régulièrement et dessinent une belle dentelle. Un collier de Vénus type s'est constitué.

Observation XXX (personnelle)

Lucie J... 20 ans, domestique, entre le 9 avril 1904, salle Van Swieten n° 27, pour blennorrhagie et syphilis dont le début a passé inaperçu.

Elle présente de nombreuses plaques hypertrophiques vulvaires, des plaques muqueuses sur les amygdales, ainsi qu'une roséole à tendance papuleuse.

Sur le cou, nombreux éléments de petite taille en voie de résolution, reposant sur un fondjaune chamois très net. Sur la nuque, on trouve une douzaine d'éléments d'un rouge cuivre, dont le centre est saillant, tandis que les bords s'affaissent, deviennent plus clairs et se confondent avec le teint jaune brun de la région.

Sur les faces latérales, aspect brun plus foncé, surtout vers le milieu de la région, s'atténuant à mesure que l'on se rapproche de l'épaule. Sur ce fond, se détachent un certain nombre d'éléments de plus forte taille, entourés par un fin liseré blanchâtre.

Le 21 avril. — La pigmentation s'est accentuée ; elle entoure de nombreux ilots présentant deux parties distinctes : l'une centrale rouge cuivre, la deuxième périphérique forme un

anneau blanc de deux millimètres qui envahit progressivement la tache centrale et s'élargit à ses dépens. Celle-ci disparaît complètement le 8 mai, laissant une syphilide pigmentaire typique.

Observation XXXI (*Personnelle*).

Reine L... 21 ans, couturière, entre le 23 février 1904 à l'hôpital Van Swieten, n° 25, pour blennorrhagie et syphilis. Elle présente sur la grande lèvre gauche un superbe chancre induré en voie de cicatrisation, des plaques muqueuses sur les amygdales, ainsi qu'une roséole discrète, formée de petites macules rouges surtout nombreuses sur le cou et la partie supérieure du thorax.

Pendant son séjour, un certain nombre de ces macules se transforment en plaques cutanées déprimées au centre, à contour limité par un bourrelet saillant et squameux. Quatre d'entre elles sont situées sur l'avant-bras gauche, une seule sur le bras droit, le menton et la lèvre supérieure.

Sur le cou, on remarque 4 à 5 papules dont le volume atteint celui d'une pièce de 20 à 50 centimes.

Elles sont entourées par de nombreuses macules rosées, de dimensions variables, et disposées sans ordre.

Aucune trace de syphilide pigmentaire à cette date ; on soumet la malade aux injections d'huile grise.

L'éruption reste stationnaire pendant un certain temps ; ce n'est que vers le 12 mars que les macules commencent à s'atténuer. Elles deviennent successivement violacées, puis rouge sombre, et enfin rouge cuivre, pendant que les bords s'estompent et se décolorent. Les papules s'affaissent, leurs bords s'inclinent pro-

gressivement vers la peau saine qui les entoure, en même temps qu'ils deviennent lisses et luisants.

Le 25 mars. — Le cou présente dans son ensemble un aspect un peu brun ; les macules de roséole ne sont plus représentées que par des îlots de même forme, se distinguant nettement par leur aspect plissé et leur coloration grisâtre.

Les papules sont devenues brunâtres au centre, tandis que leurs bords sont déjà envahis par une mince zone de dépigmentation, leur formant un liseré de 1 millimètre au moins.

Le 10 avril. — Les taches de roséole ont totalement disparu et sont remplacées *in situ* par des lunules blanches : les éléments papuleux ne forment plus aucun relief et ne présentent qu'une petite macule centrale entourée par un large anneau blanc.

Le 18 avril. — Toute éruption a disparu ; le cou est devenu jaune brun foncé, faisant ainsi plus fortement ressortir les îlots blancs.

Observation XXXII (*Personnelle*).

Anne B., 27 ans, domestique, entre le 30 juillet 1903, salle Van Swieten, n° 12, présentant de la blennorrhagie, des ganglions inguinaux volumineux, des plaques muqueuses vulvaires et de la métrite du col avec léger ectropion.

Il existait en outre une roséole très abondante, formée d'éléments papulo-squameux, la plupart assez volumineux, irrégulièrement disséminés sur tout le corps.

Sur le cou l'éruption était formée de larges éléments à bords saillants et squameux surtout abondants au niveau de la nuque et des faces latérales. Aucune trace de pigmentation ; la malade fut soumise aux injections d'huile grise.

Nous voyons la malade pour la première fois au mois de février 1904: l'éruption n'est pas encore terminée; le cou est parsemé de nombreuses macules brunâtres sans relief appréciable, dont les dimensions très variables atteignent la plupart celles d'une pièce de un franc.

Elles sont irrégulières, séparées les unes des autres par des intervalles de 4 à 8 millimètres, et leurs contours polycycliques, semblent indiquer qu'elles résultent de la fusion de plusieurs éléments. L'une d'elles située sur le côté latéral droit présente une forme irrégulièrement triangulaire, ayant 3 centimètres de long sur 2 de large.

Le cou présente déjà dans son ensemble un aspect jaune chamois clair.

Le 10 mars. — Chaque élément bronzé présente une zone de dépigmentation très nette, lui formant une couronne de 1 à 2 millimètres. Cet anneau blanc, s'accroît progressivement, aux dépens de la zone pigmentée qui se rétrécit peu à peu et finit par disparaître le 28 mars.

En même temps que se produit cette destruction pigmentaire, l'aspect général du cou brunit de plus en plus et le 28 on constate un magnifique collier de Vénus, formé de larges macules leucodermiques, présentant l'aspect du vitiligo. Elles sont irrégulières, de forme très variable, et sont entourées par des mailles brunes de 4 à 8 millimètres de large, s'entrecroisant irrégulièrement pour former une dentelle très bizarre.

CONCLUSIONS

1° La syphilide pigmentaire, essentiellement constituée par une dyschromie double, s'observe surtout au niveau des régions particulièrement prédisposées, comme la région cervicale, aux pigmentations de toute nature.

a) Pour expliquer cette prédilection pour le cou, on a invoqué l'action de l'air (Saintin), l'irritation cutanée produite par le col. (Finger), la pigmentation naturelle du cou faisant ressortir les ilots blancs (Barcat).

2° L'apparition des taches blanches, dans nos 32 observations, dans les 23 cas publiés par M. Hulle et quelques autres par M. Barcat, est manifestement consécutive à des éruptions cutanées. Nous en donnerons pour preuves :

a) La disposition de ces taches qui correspond à celle des éléments éruptifs.

b) La persistance fréquente au centre de ces taches d'une macule brune, reliquat d'une lésion antérieure.

c) La présence d'une zone achromique autour des éléments en régression.

d) La fréquence bien plus grande de la roséole au niveau du cou que ne l'indiquent en général les auteurs.

e) Les altérations de la peau à ce niveau.

f) L'évolution des lésions que nous avons suivie dans nos 32 cas.

3° Au niveau du réseau pigmenté, la surabondance de la matière colorante est constante. Le plus souvent les lésions sont insignifiantes ; ce n'est que dans les cas intenses qu'il y a bourgeonnement de l'endothélium vasculaire et infiltration cellulaire.

4° La partie importante de la lésion, celle qui lui imprime ses variations de forme, est donc la tache blanche, reliquat de roséole ou de lésions secondaires organisées, dont elle conserve le siège, la forme et les dimensions. Les lésions observées à ce niveau, semblent indiquer que la dépigmentation se produit par arrêt de formation pigmentaire et destruction phagocytaire.

5° Quant à la pigmentation périphérique, elle dépendrait selon les auteurs :

a) D'une altération du système nerveux central ou périphérique (Pirrochi, Leloir de Lille).

b) De modifications de la matière colorante du sang (Diday).

c) De lésions des capsules surrénales (Jullien Mauriac).

d) D'altérations du foie : cholémie.

Nous pensons qu'elle est due à une sorte de rejet du pigment à la périphérie, soit par suite de la fluxion collatérale consécutive à la gêne circulatoire au niveau des ilots blancs, soit sous l'influence du virus syphilitique.

6° Par ordre chronologique, son apparition entre la roséole et les accidents secundo tertiaires est importante au point de vue médico-légal.

7° Qu'indique-t-elle au point de vue du pronostic ? Il est bien difficile de se prononcer. Toutefois les réactions méningées qu'on observe si fréquemment dans la plupart des cas, indiquent la souffrance des centres nerveux. L'avenir nous dira peut-être ce qu'on peut conclure de ces recherches encore trop récentes.

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu : le Président de thèse,
HUTINEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Andronico.** — Sulla sifilide pigmentaria primitiva, 1885.
- Atkinson.** — Syphilide pigmentaire, *Chicago med. journ.*, oct. 1878.
- Cas de vitiligo incomplet. *Arch. of dermatology*, oct. 1879.
- Audry** (de Lyon). — Syphilide pigmentaire généralisée. Examen histologique des taches, *Ann. de Dermat.*, 1890, p. 134.
- Balzer.** — *Annales de dermatol.*, 1898.
- — — — — décembre 1899.
- — — — — mai 1900.
- Balzer et Griffon.** — Erythème pigmentaire réticulaire. *Société de Dermatologie*, février 1897.
- Barcat.** — Syphilide pigmentaire. *Thèse de Paris*, 1901.
- Barthélémy.** — Deux cas de mélanodermie, *Soc. de Dermat.*, 19 avril 1898.
- Baudouin.** — Syphilide pigmentaire, *Iconographie du musée de Saint-Louis*, fasc. 42.
- Baudoin.** — Des mélanodermies, *Union médicale*, 23 nov. 1895.
- Bazin.** — Leçons sur la syphilis et les syphilides, Paris, 1866.
- Bergh.** — *Monatschrift für prakt. dermat.*, 1899.
- Bockhart.** — Ueber pigment syphilis, *Monatschr. f. prakt. Dermat.*, I, 1887.
- Bulkley.** — Pseudo-pigmentary syphiloderm., *Arch. of Dermat.* January, 1879, p. 49.
- Campbell.** — Pigmentary syph., *Arch. of dermat.*, 1878, p. 239.
- Caramanos.** — Des cachexies pigmentaires diabétiques, alcooliques, etc. *Thèse, Paris*, 1897.

- Cresswel.** — Syph. copper colore ls stains, *The Lancet*, 1876, vol. II, p. 917.
- Danlos.** — Syphilide pigmentaire du cou chez l'homme. *Soc. de Dermat.*, 8 déc. 1898.
- Darier.** — Syphilide pigmentaire. *Soc. de Dermat.*, 12 mai 1898.
- Doyon.** — Sur un cas de syphilide pigmentaire généralisée. *Ann. de Dermat.*, t. IX, 1888, p. 335.
- Drysdale.** — Pigmentary syph. *The Lancet*, 1877, vol. II, p. 730, 826.
- Syph. pigmentaire. *Rev. des sc. méd.*, 1879, t. XIII, p. 387.
- Ehrmann.** — Physiologie et pathologie du pigment de la peau, *Viertel jahresschrift. f. Dermat. u. syph.*, 1887.
- Le pigment mélanique et les cellules mélanogènes chez l'homme et les vertébrés. Cassel, 1896.
- *Société médicale de Vienne*, 12 mars 1897.
- *Société viennoise de dermatologie*, 4 déc. 1895.
- Etienne** (de Nancy). — Ephélides pigmentaires du cou, manifestation unique de la syphilis. Ephélide syphilitique atypique. *Soc. de Dermat.*, 11 nov. 1897.
- Finger.** — La syphilis et les maladies vénériennes. Trad. Doyon et Spillmann, Paris, 1900.
- De Fisson.** — Des syphilides pigmentaires. *Thèse*, Lille, 1887.
- Fournier.** — Traité de la syphilis, Paris, 1899,
- Affections parasymphilitiques, Paris, 1894.
- Pigmentation réticulaire du cou. *Soc de Dermat.*, 11 février 1897.
- Fournier.** — Leucomélanodermie syphilitique, *Soc. de Dermat.*, 8 juin 1893.
- Fournier et Dominici.** — Dyschromie cervicale anormale chez une syphilitique, *Soc. de Dermat.*, 10 juin 1897.
- Fournier et Haury.** — Syphilide achromique du cou, *Soc. de Dermat.*, 12 mai 1898.
- Fox (G. H.)** — Syphilide pigmentaire. *Revue des sc. méd.*, t. XIII, p. 387.
- Frattali.** — Histologie de la syphilide pigmentaire. *Giornale italiano dell' malattie véneree ed della pelle*, 1896, p. 250.
- Gaucher et Milian.** — Syphilide pigmentaire du cou et leucodermie post et péri-papuleuse. *Annales de Dermatologie*, février et mars 1903, pages 136, 223 et 224.
- Gémy.** — Deux cas de leucomélanodermie syphilitique. *Soc. de Dermat.*, 4 août 1894.

- Gémy.** — Syphilide pigmentaire de forme rare, première manifestation d'une syphilis héréditaire tardive. *Ann. de Dermat.*, 1890, p. 462.
- Gémy et Raynaud.** — Leucomélanodermie syphilitique chez les indigènes algériens. *Soc. de Dermat.*, 11 novembre 1897.
- Gilbert et Lereboullet.** — Mélanodermies biliaires. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, mai 1903.
- Guibout.** — Traité des maladies de la peau. Paris, 1885.
- Hallopeau.** — Un cas de syphilide pigmentaire. *Soc. de Dermat.*, 3 mai 1900.
- Hallopeau et Leredde.** — Traité de Dermatologie. Paris, 1900.
- Hardy.** — Syphilide pigmentaire. Leçons sur la syphilis, Paris, 1853.
- Haslund.** — Leucodermie syphilitique. *Nordiskt medicinskt ark.* t. XVII, 1885.
- *Société de Dermatologie et de syphiligraphie*, 7 avril 1893.
- Hazard.** — Etude sur la syphilide pigmentaire. *Thèse Bordeaux*, 1892-93.
- Herscher.** — *Société de Dermat.*, 14 déc. 1899.
- Heusinger.** — Pigment et pigmentation. *Arch de Meckel*, vol. VIII, 1822.
- Hill.** — Pigmentary syph. *Arch. of Dermat.*, 1879, p. 89.
- Hjelmann.** — Zur Kenntniss des Leucoderma syphiliticum. *Dermatol. Zeitschrif*, 1897, t. V.
- Persistance des lésions histologiques dans la syphilis. *Nordiskt medicinskt Arkiv.*, 1827, n° 2.
- Hudelo.** — Syphilide pigmentaire généralisée. *Soc. de Dermat.*, 11 février 1892.
- Hulleu.** — Sur l'installation de la syphilide pigmentaire. *Annales de Dermatologie*, octobre 1903.
- Julien.** — *Soc.été de dermat.*, 11 avril 1892.
- Kaposi.** — Pathol. und therapie, 1899-1900.
- Klein.** — Leucodermie syphilitique post-papuleuse. *Thèse de Paris*, 1903.
- Langlebert.** — Removal of pigmentary stains after venereal eruptions. *Medical Times*, 1873, vol. II, p. 256.
- Launois.** — Mélanodermie. *IX^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France*, Angers, août 1898.
- A. Laurent.** — Etude sur un cas de pseudo-syphilis pigmentaire chez un tuberculeux, *Thèse Paris*, 1897.

- Lesser.** — Leucodermie syphilitique. *Ann. de Dermat.*, 1898, p. 196.
- *Archiv. fur. dermat. und syphil.*, p. 137, 1900.
- Lienssen handbuch der spec. Pathol. und thérapie, vol. XIV, p. 193, 1884.
- *Archiv. fur dermat. und. syph.* 1899 et 1900.
- Lewin.** — Pigmentation syphilitique de la nuque. *Soc. berlinoise de Dermat.*, 10 janv. 1894.
- De la leucodermie. *Soc. berlinoise de Dermat.*, 5 décembre 1893.
- Ueber das Leucorderma. *Ann. de la Charité*, XVIII^e année.
- De Maïeff.** — Contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire, *Congrès int. de Dermat.*, Paris, 1889, p. 677.
- Maireau.** — De la syphilide pigmentaire, *Thèse, Paris*, 1884.
- Malherbe.** — Deux cas de syph. pigment. chez l'homme. *Gaz. Méd. de Nantes*, 12 déc. 1895.
- G.-L.J. Marrotte.** — Contribution à l'étude des pigmentations pathologiques, *Thèse, Paris*, 9 juillet 1896.
- Marcou.** — Leucomélanodermie syphilitique. *Thèse, Paris*, 1898.
- Mauriac.** — Syphilis primaire et secondaire. Paris, 1900.
- Michel.** — Mélanodermies biliaires. *Thèse de Paris*, 1902.
- Monneret.** — Compendium de méd. pratiq. tome 8, page 50.
- Montméja (de).** — Modifications que peut subir la color. des érupt. syph. par la grossesse, *France médicale*, 1873, p. 331.
- Neisser.** — La leucodermie syphilitique. *Ann. de Dermat.*, 1885, p. 182.
- Neuman.** — *Wiener medicin. blatter*, 1855.
- Oefelein.** — Syphilis pigmentosa Wurtzburg, 1884.
- Parrot.** — Syph. maculeuse et syph. en plaques. *Rev. des sc. méd.*, 1878, t. XIII, p. 391.
- Petresco.** — Syphilide pigmentaire réticulaire du cou. *Thèse Paris*, 1901.
- Pillon.** — Exanthèmes syphilitiques. *Thèse Paris*, 1857.
- Piocchi.** — Syph. discoloration of the skin. *Arch of Dermat.*, 1876, vol. III, p. 82.
- Plackte.** — *Archiv fur. dermat. und. syphil.* p. 137, 1900.
- Pollchen.** — Virchow's Archiv. fur pathol., 1887.
- Ravaut.** — Liquide céphal-orachidien chez les syphilitiques. *Annales de Dermatologie*, 1903.

- Riehl. — Zur kenntniss der pigmentes in menschlichen haar. *Vierteljahr f. Dermat. u syphilis*, 1884, p. 33.
- Rille. — Leucodermie syphilitique. *Ann. de Dermat.*, 1898, p. 1157.
- Richard. — Pigmentation d'orig. médicamenteuse, *Thèse, Paris*, 1893.
- Rollet (de Lyon). — Traité des maladies vénériennes, 1865.
- Romalo. — La syphilide pigmentaire, *Thèse de Paris*, 1885.
- Saintin. — La syphilide pigmentaire. *Thèse Nancy*, 1894.
- Saalfeld. — Mélanose arsenicale. *Soc. berlinoise de Dermat.* 9 mars 1895.
- Schwimmer. — Syph. pigmentaire deux observations. *Rev. des sc. méd.*, 1890, p. 792.
- Pigment syph. *Wiener medizin. Blatter*, 1890. Nr. 17, 18 et 20.
- Spilmann et Etienne (de Nancy). — Pigmentation aréolée chez une chlorotique non syphilitique. *Soc de Dermat.* 11 nov. 1897.
- Tanturri. — De la syphilis pigmentaire à fond jaune. *Gaz. des Hôp.* 1866, p. 26 et *Gaz. méd. Paris*, 1865, p. 737.
- Etude clinique sur l'acné syphilitique. *Gaz. méd. Paris*, 1866, p. 134.
- Taylor. — Clinical syph. leucodermatous spots following roséola. *Arch. of. Dermat.* 1877, vol. II, p. 118.
- The pigmentary syphilide, *The New-York méd. journ.* 18 fév., 1897.
- Tenneson. — Traité clinique de Dermatologie, Paris. 1893.
- Thibierge. — Pigmentation généralisée revêtant au cou l'aspect de la syph. pigmentaire développée chez un tuberculeux. *Soc. de Dermat.*, 11 fév. 1897.
- Toussaint Barthélémy et F. Balzer. — Syphilides maculeuses et pigmentaires. *Dictionnaire Jaccoud*, V. XXXIV, p. 593.
- L. A. Vulpian. — Les mélanodermies, *Thèse*, 1896.
- Zeissl. — *Iatr. des leistung*, 1893.
- Unna. — *Histopathologie der hautkrankt*, 1891.

TABLE

INTRODUCTION	7
HISTORIQUE	10
DESCRIPTION CLINIQUE. EVOLUTION	22
INSTALLATION DE LA SYPHILIDE PIGMENTAIRE DU COU.	33
DISCUSSION	49
§ 1. — Antériorité des lésions cutanées.	49
§ 2. — Etudes histologiques.	57
§ 3. — Pathogénie de la syphilide pigmentaire.	61
§ 4. — La syphilide pigmentaire au point de vue du pronostic ?	68
DIAGNOSTIC	73
OBSERVATIONS.	76
CONCLUSIONS.	119
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	123